Rok XL. Kraków, 14 Września 1901. Nr 37.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Rozwój i obecne stanowisko organoterapii

Nadnercze. — Szpik kostny. — Inne narządy. — Uwagi końcowe.

Skreślił

Doc. Dr. L. Korczyński.

Nadnercze jest jednym z tych narządów, których biologiczne znaczenie poznano dokładniej dopiero w ostatnich czasach. I tu właśnie za pośrednictwem organoterapii, jako metody badań, istotnie bardzo znacznie naprzód posunęła się nauka. U nas wyniki tych badań tem większe budzić powinny zajęcie, że nie małe zasługi położyła w całej tej sprawie fizyologiczna szkoła krakowska; włożywszy w sposób i kierunek badań nowy pierwiastek, zajęła nawet przewodnie stanowisko.

W chwili, kiedy rozpoczynano szereg nowych doświadczeń, zaledwo ustalony był pierwotny pogląd Brown-Séquarda, że nadnercze jest narządem dla życia nieodzownie potrzebnym, zaledwo poznane objawy, jakie powstają po usunięciu nadnerczy u zwierząt, a skutkiem schorzenia ich u ludzi. Na tem kończyły się prawie wszystkie wiadomości. Jakie znaczenie biologiczne tego narządu, nie umiała rozstrzygnąć fizyologia, posługująca się wyłącznie dawniejszą metodą badań, metodą wykluczania. Dopiero złączenie dwóch metod, tej dawniejszej i nowszej, nazwijmy ją organoterapeutyczną, miało przynieść rozjaśnienie, prawie rozstrzygnięcie sprawy o fizyologicznych czynnościach nadnercza.

Takiego sposobu badań użyli równocześnie i zupełnie od siebie niezależnie w Londynie Oliver i Schäfer [1], z których pracami spotykaliśmy się już wyżej, oraz Cybulski [2]) i Szymonowicz [3]) w krakowskiej pracowni fizyologicznej.

Ostateczne wyniki doświadczeń tych badaczy zasadniczo były prawie zupełnie równe. Okazało się, że wyciągi, otrzymywane z nadnercza, zawierają istotę, która w małych już ilościach wywiera nader potężny wpływ na narząd krążenia i powoduje tak znaczny wzrost parcia ościennego w tętnicach, jak żaden z badanych dotychczas środków. Według Szymonowicza i Cybulskiego okazywały się za krótkie wszystkie manometry, znajdujące się w pracowni, tak, że trzeba było zamawiać inne, znacznie pojemniejsze. Spostrzeżenia te nabierają tem większego znaczenia, jeśli się uwzględni, że po usunięciu nadnerczy występuje bardzo rychło znaczne obniżenie ciśnienia krwi i że po wstrzyknięciu do żył wyciągów z nadnercza obniżenie ustępuje miejsca podwyższeniu, niekiedy nawet powyżej prawidłowej wartości.

Powodem wzrostu parcia jest według zgodnych zupełnie spostrzeżeń wszystkich badaczy bardzo silne zwężenie tętnic, dające się rozpoznać gołem okiem, a wykazane przez Szymonowicza nawet pomiarami, dokonywanymi zapomocą odpowiednio zrobionego cyrkla. Przyczynę tego zwężenia upatrywali Schäfer i Oliver w bezpośredniem działaniu wyciągów z nadnercza na mięśnie gładkie ścian naczyniowych, opierając swój pogląd na tem, że zwężenie naczyń i wzrost parcia występują nawet po przecięciu rdzenia lub nerwów obwodowych. Cybulski i Szymonowicz doszli pod tym względem do innych wyników. Nie spostrzegali oni wpływu wyciągów po odłączeniu obwodu od ośrodkowego układu nerwowego, względnie od ośrodków naczynioruchowych i dlatego sądzą, że istota nadnercza działa na ośrodki, a ztąd dopiero przenosi się podnieta na naczynia. Rozstrzygnięcie tej spornej sprawy przyniosły późniejsze dopiero badania Gottlieba [4]), Velicha [5]) i Biedla [6]), oraz spostrzeżenia Dariera, Radziejewskiego [7]) i najnowsze Mossego [8]). Gottlieb porażał ośrodki przez zatrucie zwierząt chloralem i otrzymywał wysoką linię parcia i zwężenie naczyń. Do tych samych wyników dochodził Velich, posługując się, jak Gottlieb, chloralem, używając nadto kurary, lub niszcząc doszczętnie cały rdzeń kręgowy. Biedl wreszcie odłączał zupełnie pewien narząd — nerki, a nawet kończynę — od ustroju, a przez naczynia przepuszczał krew, zmięszaną z wyciągiem, otrzymanym z nadnercza. I tu jako wynik występowało bardzo znaczne zwężenie naczyń. Darier i Radziejewski stwierdzili przy wkraplaniu wyciągów do worka spojówkowego zwężenie naczyń spojówek, a Mosse — przy zwilżaniu obrzmiałych muszli nosowych zmniejszanie się obrzmienia, o ile obrzęk był następstwem przekrwienia, a nie przerostu. Uwzględniwszy te wszystkie nowsze badania przychylić się trzeba raczej do zdania Schäfera i Olivera i przyjąć, że istota, działająca w wyciągach z nadnercza, wpływa wprost na ściany naczyń.

Dalszem następstwem wstrzykiwań wyciągów, dostrzeżonem przez Szymonowicza i Cybulskiego oraz przez Schäfera i Olivera, jest zwolnienie czynności serca z równoczesnem zwiększeniem się siły skurczów. Zjawisko to odnieść należy do podrażnienia ośrodków nerwów błędnych, gdyż po ich przecięciu, podobnie jak po za-

[1]) Oliver i Schäfer: cyt. według Szymonowicza.
[2]) Cybulski: Gazeta lek. 1895. S. 259.
[3]) Szymonowicz: Pam. Zakł. fizyolog. Kraków, 1895.
[4]) Gottlieb: Archiv. f. exp. Path. u. Pharm. T. XXXVIII.
[5]) Velich: Wiener klin. Rundschau 1898 Nr. 38.
[6]) Biedl: Wiener klin. Wochschft. 1896 Nr. 9.
[7]) Radziejewski: Berl. klin. Wochschft. 1898. Nr. 26.
[8]) Mosse: Ther. der Gegenwart 1900 H. 12.

truciu zwierząt atropiną lub kurarą, występuje nie zwolnienie, lecz przyspieszenie czynności serca. Świadczy o tem także drażnienie obwodowego odcinka nerwu błędnego, przy którem dostrzegać się daje również zwolnienie.

Przyspieszenie czynności serca, zjawiające się po przecięciu nerwów błędnych lub rdzenia pacierzowego, tłomaczy Szymonowicz bezpośrednim wpływem wyciągów na serce. Tłomaczenie to popierać ma także zjawianie się arytmii lub alorytmii, występujących po zastosowaniu znacznych dawek. Oliver i Schäfer, a później Radziejewski, stwierdzili zresztą przyspieszanie się ruchów na wyciętem sercu żaby po zetknięciu z wyciągami. Gottlieb wreszcie, który również dokładnie zajmował się tą sprawą, otrzymał skurcze serca po zatruciu muskaryną, jak niemniej po przesznurowaniu części przedsionkowej, a wtedy były one ograniczone do tejże części. Działanie ustawało dopiero po odłączeniu przedsionkowo-komórkowych zwojów Biedla. Wszystko to przemawia za słusznością zapatrywania Szymonowicza.

Podobnie, jak na narząd krążenia, istota nadnercza, przechodząca do wyciągów, działa także na sprawę oddechania. Z chwilą podnoszenia się parcia krwi występowało w doświadczeniach Szymonowicza zwolnienie ruchów oddechowych, oddechy stawały się płytsze, niekiedy ustawały na krótką chwilę zupełnie. Po przeminięciu działania nadnerczyny na narząd krążenia występowały głębokie, silne i przyspieszone ruchy oddechowe. Zjawiska te świadczą o działaniu wyciągów z nadnercza na ośrodek oddechowy. Szymonowicz przypuszcza, że małe dawki podrażniają go, wielkie zaś porażają. Istotnie przez wstrzyknięcie znacznych ilości wywołać można śmierć zwierzęcia przez porażenie ośrodków. Przemawia za tem tak zbiór objawów, spostrzeganych na życia, jako też obraz sekcyi, naszkicowany przez Gluzińskiego[9]) i Cybulskiego.

Wobec wszystkich powyższych, doświadczalnie stwierdzonych szczegółów, przyjąć trzeba, że zapewne nadnercze i w warunkach fizyologicznych nader ważną rolę odgrywa w ustroju, zwłaszcza w sprawie krążenia, prawdopodobnie także i oddechania. Byłoby to już bardzo wiele, ale jeszcze nie wszystko. Znaną jest rzeczą, że po wyjęciu obu nadnerczy występują za życia bardzo znaczne zmiany w czynności i w stanie układu mięśniowego i nerwowego, a po śmierci zwierzęcia zmiany w utkaniu ośrodkowego układu nerwowego, badane i poznane dokładnie przez Tizzoniego[10]), że skutkiem usunięcia tych gruczołów bardzo niekorzystnie zmienia się odżywienie zwierząt, użytych do doświadczeń. Albanese[11]), Abelous i Langlois[12]), którzy dokładniej starali się określić wpływ nadnercza na układ mięśniowy i nerwowy spostrzegali u żab, pozbawionych nadnercza, rychlejsze występowanie porażeń, jeśli zmuszano je do ruchów, lub drażniono prądem: znużenie występowało u nich daleko prędzej, niżeli u zwierząt normalnych, a porażenia, wywołane prądem cewki Du Bois Reymonda, zupełnie nie ustępowały. Stwierdzono nadto, że krew zwierząt znużonych, a pozbawionych nadnercza, działa podobnie jak kurara, że wstrzykiwania takiej krwi przyspieszają śmierć zwierząt, podobnie operowanych. Taksamo działają także wyciągi z mięśni. Naturalny ztąd wniosek, że nadnercze w warunkach fizyologicznych musi w jakiś sposób wpływać na układ mięśniowy, prawdopodobnie przez to, że normuje odpowiednio sprawy przemiany pierwiastków, odbywające się w mięśniach.

Bardzo jeszcze niejasne i nieścisłe są nasze wiadomości o możliwym wpływie nadnercza na odżywianie ustroju Sprawa przemiany pierwiastków jest, jak dotychczas, prawie zupełnie ciemna. Wiemy wprawdzie, że u ludzi, cierpiących na chorobę Addisona, występuje obok innych objawów upadek sił i wychudzenie; wiemy, że zwierzęta, pozbawione nadnerczy, równie szybko chudną, a jak twierdzi Gourfain[13]) giną skutkiem wycieńczenia w chwili, gdy ciężar ciała spada do pierwotnej wartości; ale mimo to znaczenie nadnercza w tej sprawie jest zupełnie niejasne. Dotychczas zresztą bardzo nie wiele poświęcano jej uwagi.

Philippen[14]) badał wydzielanie azotu w przypadku choroby Addisona, gdzie mimo dostatecznego pożywienia, szybko występowało chudnięcie, a nawet istotna chera. Oznaczenia przemiany istot azotowych wykazały zwiększone wydzielanie azotu z moczem. Po podaniu kołaczyków z nadnercza poprawiły się stosunki, ilość wydzielanego azotu spadła, chory zaczął przybywać na wadze. Dalsze oznaczenia, wykonywane przez tegoż autora na psie, na dwóch chorych i na jednym osobniku zdrowym, wykazały podobne zachowanie się przemiany pierwiastków co do istot azotowych. Jako ostateczny wynik spostrzegano zaoszczędzanie białka. Senator[15]) przeprowadzał w swej klinice takie same badania również w chorobie Addisona. Żadnych następstw po podaniu nadnercza nie stwierdzono. Do wprost przeciwnych wyników doszedł Pickhardt[16]), także u chorego na chorobę Addisona. Po podaniu kołaczyków z nadnercza dostrzeżono o wiele jeszcze szybszy rozpad białka i znaczniejszy spadek wagi ciała. W najnowszych już czasach zajmował się badaniem przemiany istot azotowych pod wpływem nadnercza Kaufmann[17]) z oddziału szpitalnego Noordena w Frankfurcie n. M., podobnie jak inni autorowie — w chorobie Addisona. Wyniki oznaczeń azotu w tym przypadku były zupełnie takie same, jak w spostrzeżeniu Philippena.

Aż nadto zrozumiałe, że wobec nielicznych spostrzeżeń, a tak różnych wyników, żadnych prawie wniosków wysnuwać nie można, że nie można kusić się o wyjaśnienie znaczenia nadnercza w ekonomii ustroju.

Pozostaje jeszcze do omówienia sprawa samej istoty, działającej w nadnerczu. Już Szymonowicz przekonał się, że zawiera ją li tylko część rdzenna tego gruczołu; wyciągi, otrzymywane z istoty korowej, nie wywierają żadnego wpływu. Ciekawą jest jednak rzeczą, że wyciąg z całego gruczołu działa silniej, aniżeli z samej tylko istoty rdzennej. Nader ważne dla całej sprawy są dalsze doświadczenia Cybulskiego, wykazujące, że istota, wydzielana w nadnerczu, dostaje się do krwi żylnej i w żyle nadnerczowej opuszcza gruczoł, który ją wytworzył. Doświadczenia te udowadniają, że nadnercze istotnie jest narządem, wyposażonym zdolno-

[9]) Gluziński: Przegl. lek. 1895. S. 124.

[10]) Tizzoni: cyt. według Szymonowicza.

[11]) Albanese: *ibidem.*

[12]) Abelous i Langlois: *ibidem.*

[13]) Gourfain: Centrblt. f. inn. Med. 1896. S. 775.

[14]) Philippen: Centrblt. f. inn. Med. 1897. S. 1196.

[15]) Senator: Centrblt. f. inn. Med. 1898. S. 843.

[16]) Pickhardt: Berl. klin. Wochschft. 1898. Nr. 33.

[17]) Kaufmann: Centrblt. f. Stoffwechsel und Verdauungs-Krankheiten 1901. S. 173.

ścią wydzielania wewnętrznego w myśl teoryi Brown-Séquarda i uzasadniają terapię nadnerczową ze stanowiska fizyologicznego.

O przyrodzie samej wydzieliny nie można jeszcze wypowiadać stanowczego zdania. Cybulski przekonał się, że rozpuszczają ją: woda, alkohol i gliceryna, nie rozpuszczają: eter, chloroform i alkohol amilowy. Alkalizowanie, a następnie zobojętnianie wyciągów odbiera im wszelką siłę; przeciwnie zaś, zobojętnianie wyciągów. zakwaszonych kwasem siarkowym lub solnym, nie niszczy ich własności. Trawienie żołądkowe nie wpływa na nie prawie zupełnie. Podobnie nie działa zagotowanie wyciągu Natomiast wyciągi, otrzymywane z nadnercza gotowanego. lub suszonego przy 100° C., działają bardzo tylko słabo. Ważną wreszcie własnością istoty, znajdującej się w wyciągach, jest zdolność przechodzenia przez błony zwierzęce, czyli zdolność dyalizy.

Dla działania wyciągów nie jest rzeczą obojętną sposób ich stosowania. Wstrzykiwania podskórne działają o wiele słabiej, aniżeli śródżylne. Natomiast wstrzyknięcie do którejkolwiek żyły, należącej do dopływów żyły bramnej, okazuje się zupełnie nieskuteczne. Widocznie więc zmienia się skład istoty działającej w nadnerczu przez zetknięcie z miąższem wątroby. Prawdopodobnie ulega ona utlenieniu, gdyż ten sam wpływ na wyciągi. jak się przekonał Cybulski, wywiera nader nawet mała domieszka nadmanganezianu potasowego. Cybulski widzi w tem wskazówkę dla określenia losów wydzieliny nadnercza w ustroju. Przypuszcza on, że istota ta zostaje w tkankach utleniona, a następnie w odmiennej już postaci wydalona. Przy braku tlenu, np. przy duszeniu zwierząt. gdy rozkład odbywać się nie może, gromadzi się ta wydzielina w ustroju i ona to, jak zaznacza Cybulski. powoduje znany obraz duszenia. Obrazu tego wywołać nie można u zwierząt, pozbawionych nadnerczy. Część istoty opuszcza ustrój także w postaci niezmienionej, przez nerki. Przekonał się o tem Cybulski, używając do doświadczeń moczu zwierząt, którym poprzednio wstrzyknięto większą ilość wyciągu. Mocz takich zwierząt działał zupełnie podobnie. jak same wyciągi.

W dalszym toku badań nad istotą działającą w nadnerczu silono się o uzyskanie jej w czystej postaci. Powiodło się to w części Fränklowi[18]), który jeszcze w r. 1896 otrzymał z wyciągów ciało stałe, nazwane przez niego sfigmogeryną, działające zupełnie tak samo jak wyciągi. Uważa je za związek azotowy, należący do grupy ortodioksybenzolowej. Wspomnieć wreszcie trzeba o odkryciu Gourfaina[19]), który uzyskał w wyciągu alkoholowym istotę o wybitnie trujących własnościach. Ilość jej w nadnerczu bywa nader różna. Niekiedy znajdował ją Gourfain ledwie w śladach. Wykazywałoby to, że wyciągów, otrzymywanych z nadnercza, nie można uważać za roztwory jednego tylko ciała, że skutkiem tego i działanie ich w niektórych szczegółach może być nieco różne. Że sprawę tę godzi się w taki sposób pojmować. dowodzić by mogły między innemi odmienne nieco poglądy na szkodliwe działanie wyciągów, stosowanych w znacznych dawkach. Cybulskiego i Gluzińskiego[20]), który się również nieco tą sprawą zajmował, oraz polemika[21]), jaka się skutkiem tego między wspomnianymi autorami odbywała. Pierwszy z nich objaśniał szkodliwe skutki jako następstwo nadmiernego podrażnienia ośrodków, drugi pojmował je wprost jako wyraz zatrucia.

A teraz słów parę o teoryi, mającej wytłomaczyć fizyologiczną rolę nadnercza w ustroju.

Teoryj takich mamy zasadniczo dwie: chemiczną, dawniejszą, wyznawaną przez większość badaczy i dynamiczną, stworzoną przez Cybulskiego i wyznawaną przez szkołę fizyologiczną krakowską.

Teorya chemiczna przyjmuje, że zadanie nadnercza polega na niszczeniu trucizn, wytworów przemiany materyi, gromadzących się w ustroju. Najważniejszą z tych trucizn według Marino Zuco jest neuryna. Wydzielina nadnercza byłaby więc w tem pojęciu rodzajem antytoksyny. Za teoryą powyższą przemawiaćby mogła większa toksyczność krwi zwierząt znużonych, a pozbawionych nadnercza, oraz niedawne doświadczenia Soduego[22]). wykazujące, że życie zwierząt (psów), pozbawionych nadnercza, można przedłużyć przez przetoczenie krwi i śródżylne wstrzykiwania fizyologicznego roztworu soli kuchennej. Wpływ korzystny zabiegów powyższych zależy według wspomnianego autora od rozcieńczenia krwi chorych zwierząt i od rozcieńczenia roztworu krążących w niej toksyn.

Teorya chemiczna nie tłomaczy jednak wszystkiego, a przedewszystkiem nie wyjaśnia dostatecznie działania nadnercza na ośrodki. zawiadujące sprawami krążenia i oddechania. Pod tym względem bardziej do przekonania przemawia teorya dynamiczna. Przyjmuje ona, że zadanie wydzieliny nadnercza zasadza się na utrzymaniu w ciągłem napięciu narządu nerwowego. a w dalszym ciągu ruchowego narządu krążenia i oddechania. Obojętną jest przytem rzeczą, czy przychylimy się do zdania Cybulskiego i za miejsce drażnienia uważać będziemy ośrodek naczyniowo-ruchowy, czy pójdziemy za zdaniem innych badaczy, którzy za przykładem Olivera i Schäfera przyjmują drażnienie obwodowe. Ta sama wydzielina działa także na ośrodki napięcia mięśni, podtrzymuje energię układu mięśniowego, sprowadza fizyologiczną wytrzymałość w pracy mięśniowej.

Powyższe pojmowanie rzeczy ma wiele za sobą. Godzić się z niem można najzupełniej, oceniając zadania nadnercza w sprawie krążenia i oddechania.

Ale i teorya dynamiczna nie wyjaśnia wszystkiego, nie wyświetla dostatecznie wpływu wydzieliny nadnercza na układ mięśniowy. Przyjąć wprawdzie wolno. że stanowi ona bodziec dla sfery ruchowej i pobudza do czynności mięśnie; ale niezrozumiałą zostaje sprawa ustępowania skutków i objawów znużenia. Tu właśnie trzeba ją do pewnego stopnia zmodyfikować, przyjmując albo w myśl teoryi chemicznej działanie chemiczne wydzieliny na nagromadzone produkty znużenia, a więc działanie antytoksyczne, albo też przypuścić, że istota nadnercza nie działa na same toksyny, ale na tkankę mięśniową, budzi w niej energię innego rodzaju, objawiającą się nie mechaniczną, lecz chemiczną czynnością, mającą za cel wzniecać pewne, bliżej nam nieznane przemiany chemiczne w nagromadzonych szkodliwych istotach, uczynić je obojętnemi, a może przyczynić się do ich wyda-

[18]) Fränkel: Wiener med. Blätter 1896. Nr. 14.
[19]) Gourfain: Centrblt. f. inn. Med. 1896. S. 777.
[20]) A. Gluziński: Przegl. lek. 1895. S. 124.
[21]) Gluziński: Gaz. lek. 1895 S. 375. Cybulski *ibidem* str. 447.
[22]) Soddu: Centrblt. f. inn. Med. 1899. S. 1171.

lenia. Takie złożone skutki działania należą do codziennych zjawisk fizycznych i chemicznych, a przypuszczać przecież wolno, że tembardziej przydarzać się mogą w sprawach fizyologicznych. (C. d. n.)

II. **Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dr. Rydygiera we Lwowie.**

O leczeniu zapaleń wyrostka robaczkowego.

Napisał
Dr. M. W. Herman
asystent kliniki.

(Dokończenie).

Pozostaje mi wreszcie w kilku słowach wspomnieć o trzeciej gromadzie zmian zapalnych wyrostka robaczkowego t. j. o *scolecoiditis larvata s. latens* (Ewald). Ci chorzy nigdy nie przechodzili ostrego napadu. Sprawa chorobowa toczy się bez ścisłych objawów, chorzy uskarżają się tylko na ogólne nieokreślone dolegliwości, lub nawet tych nie mają a dopiero objawy ze strony jakiegoś innego narządu skłaniają ich do szukania pomocy lekarskiej. W naszem piśmiennictwie mamy dwa podobne spostrzeżenia Mieczkowskiego,[26]) i Rydygiera[27]). Rozpoznanie tych przypadków bardzo trudne, a leczenie zależnem będzie od każdorazowego rozpoznania względnie od najwybitniejszych objawów, wywołanych przez powikłania.

W przypadku np. przedstawionym przez Mieczkowskiego z kliniki Mikulicza, przewlekłe ukryte zapalenie wyrostka robaczkowego, które się nigdy i niczem nie zdradzało, stało się powodem przebicia wyrostka do pęcherza moczowego. Następstwem przebicia był nieżyt i kamienie pęcherza. Operowano z powodu kamieni i—dopiero podczas operacyi przekonano się, że źródłem złego był zapalnie zmieniony wyrostek robaczkowy.

Nie mniej ciekawym jest przypadek z naszej kliniki: Spostrzeżenie XXX. F. F. l. 55. Nr. pr. 50 z r. 1900. Nigdy nie chorowała. Od 2 miesięcy ma jakieś nieokreślone dolegliwości w brzuchu, od tego też czasu nie może leżeć na prawym boku. Od 4 tygodni wyczuwa w brzuchu guz i z tej tylko przyczyny zgłasza się do kliniki. Stan. ob: Otyłość. W płucach miernego stopnia rozedma. W prawem podżebrzu guz, wielkości pięści, gładki, ruchomy, wypuk nad nim bębenkowo przytłumiony. Z częściami rodnymi guz w związku nie pozostaje. Ciepłota normalna. Rozpozn. wątpliwe: rak kątnicy. 5/1 oper. w uspieniu chloroformowem. (Op. R. Dw. Prof. Rydygier). Cięcie brzuszne w linii środkowej. Z kątnicy wychodzi guz o cechach nowotworowych. Wycięto przeto jelito ślepe z odpowiednią częścią jelita biodrowego, poczem wszczepiono bocznie ileum w wstępującą część okrężnicy. Dopiero badanie okazu anatomicznego wykazało, żeśmy się mylili. Guz naśladowały dawne bliznowate zrosty między kątnicą i jelitem biodrowem i w ich otoczeniu. Zrosty wywołane były przewlekłem utajonem zapaleniem wyrostka robaczkowego, który szczytem swym przyrósł do jelita biodrowego w odległości kilkunastu ctmtr. od zastawki Bauhina, przebił przez ścianki tegoż do światła jelita biodrowego a obsunięta z wyrostka błona śluzowa wysterczała tamże na kształt polipa. Zgłębnik przechodzi przez cały wyrostek od jelita biodrowego do kątnicy. Badanie wykluczyło gruźlicę i promienicę.

Rozpoznanie natrafia na trudności nietylko w przebiegu utajonego zapalenia wyrostka. Pomyłki zdarzały się i zdarzać się będą w każdej innej postaci. Raz brano jakieś przypady za zapalenie wyrostka, wówczas gdy on wcale zmian nie przedstawiał, lub też na odwrót i przeoczano zmiany zapalne w wyrostku. U jednej chorej z naszej kliniki rozpoznawaliśmy *scolecoiditis chronica remittens,* głównie na podstawie zdania lekarza domowego. Badanie przedmiotowe wykazało przedewszystkiem obluźnioną prawą nerkę, a w okolicy kątnicy tkliwość i jakoby zgrubiały wyrostek. Laparotomia wykazała, że wyrostek robaczkowy był zupełnie niezmieniony, przyszyto zatem nerkę. Zupełne wyleczenie po operacyi utrwaliło w nas przekonanie, że rzeczywiście tylko nerka ruchoma była przyczyną cierpienia. W drugim przypadku uwięznięcie pętli jelita cienkiego popod postronkiem, rozpiętym nad talerzem biodrowym prawym naśladowało do złudzenia zapalenie wyrostka robaczkowego. W tym przypadku brakowało tylko objawu Madelunga. Przypadek zupełnie podobny, aż do drobnych szczegółów, opisuje Fowler w swej rozprawce o zapaleniu wyrostka robaczkowego.

Zwłaszcza u kobiet łatwo o pomięszanie zapalenia wyrostka ze sprawami zapalnymi w t. zw. częściach dodatkowych macicy i to tem więcej, że wogóle u kobiet zapalenie wyrostka robaczkowego znacznie rzadziej się zdarza. Z naszych 30 przypadków, tylko 5 przypada na kobiety.

Strzedz się również należy aby za zapalenie wyrostka nie wziąść kolki żółciowej, lub nerkowej, nieżytu ostrego jelit, duru brzusznego i t. p.

W przypadkach zaniedbanych trudno nieraz będzie zdać sobie sprawę, skąd się wzięło ogólne zapalenie otrzewne, skąd owe ropnie naokoło nerki, pod przeponą, lub jakiemu czynnikowi przyczynowemu zawdzięcza swe powstanie jakieś zagadkowe zapalenie, posokowato-ropne opłucnej, skąd u człowieka zupełnie zdrowego wzięła się przetoka odbytnicza (por. sp. XXIV) itd. Takie zaniedbane przypadki dziś zdarzać się nie powinny. Dokładne uwzględnienie wywiadów i dokładne badanie ogólne i miejscowe, bez pominięcia badania przez pochwę, względnie przez odbytnicę, uchroni nas w wielu przypadkach od pomyłki.

Zanim przystąpię do skreślenia sposobów i naszego postępowania operacyjnego, zestawię tu w krótkich zdaniach poprzednio wypowiedziane wnioski:

1. „Zapalenie wyrostka robaczkowego jest chorobą chirurgiczną, należy więc do chirurgów od samego początku, a przynajmniej trzeba chirurga od samego początku do narady wezwać, a nie dopiero do wykonania operacyi, bo chirurg, jako lepiej na tem się znający, lepiej będzie umiał wczas wskazanie postawić.“ (Porównaj referat Rydygiera na IX Zj. chirurgów polskich).

2. W przypadkach ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, o ile chodzi o *scolecoiditis acuta simplex* lub o *periscolecoiditis sero-fibrinosa* nigdy nie potrzeba leczenia chirurgicznego — gdyż przypadki te same leczą się doszczętnie.

3. W *periscolecoiditis purulenta saccata* trzeba operować. Do operacyi jednakowoż chorego naglić się nie powinno. Możemy odczekać, aż ropień się ograniczy i na obwodzie jego potworzą się mocne zrosty.

4. W *periscolecoiditis purulenta progrediens* powinno się operować jak najrychlej.

5. W obu ostatnich wypadkach zadowolnić się należy tylko otwarciem ropnia. Operować trzeba bardzo wstrzemięźliwie, aby nie przerwać zrostów, chroniących jamę brzuszną. Ponieważ jednak te przypadki najczęściej przechodzą w postać przewlekłą, od razu przy tej pierwszej, ściśle wskazań koniecznych trzymającej się operacyi, oświad-

[26]) Dziennik IX Zjazdu lekarzy i przyrod. polsk. w Krakowie str. 52.

[27]) Tamże.

czyć trzeba choremu, względnie jego rodzinie, że zabieg ten jest tylko częściowym, ma na celu skrócić tylko znacznie przebieg choroby, względnie zapobiedz groźnym powikłaniom. Skoro jednak napad ostry minie i jama po przecięciu ropnia się oczyści, chory powinien poddać się doszczętnej operacyi wycięcia wyrostka robaczkowego.

6. W *scolecoiditis cum peritonitide diffusa* musi się operować natychmiast, po ustaleniu rozpoznania. Wyjątek stanowią jedynie owe najcięższe przypadki, przebiegające z dziwną podmiotową rzeźwością. Operując znów trzeba być skromnym, zadowolnić się odsłonięciem okolicy kątnicy, a nie grzebać w jamie brzusznej, nie sączkować, nie przepłókiwać (Sonnenburg).

7. W *scolecoiditis chronica* a zwłaszcza *remittens* operować się powinno bez wyjątku i to między napadami „á froid.“ Bo tylko wycięcie wyrostka uwalnia chorych raz na zawsze od zmory świeżego napadu i od ciągłych dolegliwości i to w stosunkowo bardzo krótkim czasie 2—3 tygodni. Oczywiście, że jakieś powikłanie lub napad ostry zmusić nas może do szybkiego wkroczenia wedle zasad pod 2, 4, 5. wyłożonych

8) Tak samo w *scolecoiditis larvata* o ile rozpoznanie nie ulega wątpliwości ze względu na możliwe powikłania, można chorych namawiać do operacyi.

Tymi lub tym podobnymi zasadami kierując się, najlepiej przysłużyć się możemy chorym, oddającym nam z zaufaniem nie tylko swe zdrowie, ale i życie. Skrajne zakusy krwi chciwych chirurgów amerykańskich, angielskich, francuskich i niektórych niemieckich, pragnących nożem i tylko nożem leczyć każdy przypadek zapalenia wyrostka u nas nie przyjęły się i nie przyjmą. Uznawszy jednak zasady umiarkowane, tem samem bierzemy na siebie ciężki obowiązek i wielką odpowiedzialność i zmuszeni jesteśmy pilnie badać i dokładnie rozpoznawać. Dokładne rozpoznawanie samo dyktuje nam leczenie i tem ułatwiamy sobie zadanie.

W klinice Rydygiera w przypadkach, wczas nam oddanych, obchodzimy się zupełnie wygodnie, dwoma różnemi cięciami. W przypadkach ostrych, a więc tylko tam, gdzie jest ropienie, używa Rydygier sposobu, który tak opisuje: „Cięcie to jest łukowato wygięte, okrążające przedni, górny kolec biodrowy. Dolne ramię odpowiada zwykłemu cięciu do podwiązania tętnicy biodrowej, nie sięga tylko zwykle tak daleko na dół. Górne ramię idzie na palec lub dwa palce powyżej i równolegle do grzebienia kości biodrowej tak daleko w tył, jak tego potrzeba do tego, żeby dolny kąt rany znajdował się na najniższym miejscu jamy koło kątnicy i wyrostka robaczkowego.“ Zdaje mi się a Sonnenburg także o tem zapewnia, że cięcie to wystarczy również w rozpoczynającem się ogólnem zapaleniu otrzewnej. Boć zapalenie to, biorące swój początek od wylewającej się zawartości z przedziurawionego lub zgorzeli uległego wyrostka, nie zajmuje odrazu całej otrzewnej, a tylko najbliższą okolicę. Tem cięciem doskonale ją odsłonimy a zapewniwszy tędy posoce i ropie swobodny odpływ może się uda resztę otrzewnej uchronić od zakażenia. Częściej jednak wobec już zupełnie rozlanego zapalenia otrzewnej, trzeba się uciekać do otwarcia jamy brzusznej w smudze białej, lub zrobić podobne nacięcie po lewej stronie lędźwiowej. Niektórzy dla lepszego sączkowania dodają cięcie przez pochwę, odbytnicę, cięcie parasakralne etc.

Odpuściwszy cięciem lędźwiowo-brzusznem ropę lub posokę, jak się zdarzy, kończymy zwykle operacyę i w okresie ostrym nigdy nie szukamy wyrostka robaczkowego, zadowoleni żeśmy zadość uczynili wskazaniu koniecznemu. Na podstawie naszego doświadczenia nie radziłbym nawet potem, po wygaśnięciu sprawy zapalnej, z tego cięcia szukać wyrostka, gdyż odszukanie stąd jest bardzo trudne, a czasem można się pomylić. Np. w spostrzeż. XXII, XXIII po pierwszej operacyi zdawało się nam, żeśmy stąd szukając znaleźli i wycięli wyrostek. W historyi choroby zapisano: „wyrostek zupełnie zarośnięty, wycięto.“ Tymczasem to co wycięto, nie było wyrostkiem, jak o tem świadczy przebieg pooperacyjny i druga operacya.

Aby o ile możności zapobiedz tworzeniu się przepuklin w bliźnie po tem cięciu, zeszywamy przodkowe dolne ramię warstwowo — na przestrzeni, jaka w danym razie okazuje się niepotrzebną do dokładnego osączkowania.

Dodam wreszcie, że ponieważ chodzi tu o chorych gorączkujących i bardzo osłabionych; unikamy o ile możności chloroformu a zadawalniamy się znieczuleniem miejscowem płynem i sposobem Schleicha. Przy wprawie i cierpliwości, można na żądanej przestrzeni doskonale znieczulić wszystkie warstwy i całą operacyę wykonać bezboleśnie.

Operując „à froid“ posługujemy się wyłącznie cięciem Jalaguiera: chroni ono, jak żadne inne, przed powstaniem przepukliny w bliźnie, daje doskonały przystęp do kątnicy i wyrostka robaczkowego, a u chorych inteligentnych i rozsądnych da się wykonać w znieczuleniu miejscowem. Skórę i tkankę podskórną przecina się nieco na wewnątrz od zewnętrznego brzegu mięśnia prostego prawego. Odsłania się przednią błonkę pochwy tego mięśnia i przesunąwszy skórę nieco na wewnątrz, przecina się ją podłużnie, mniej więcej w połowie szerokości mięśnia i równolegle do jego włókien. Oddzieliwszy pochewkę od przodkowej powierzchni mięśnia odłuszcza się go od tylnej blaszki tejże pochewki, czego dokonać można na tępo, chyba że trafimy na piętno ścięgniste. W końcu odsuwamy nieuszkodzony mięsień na wewnątrz, przecinamy w odległości $^1/_2$ — 1 ctm. od zewnętrznego brzegu tylną ściankę pochewki (która tu sięga tylko do kresy półkolistej Douglasa) i w tej samej linii powięź poprzeczną brzucha i otrzewną. Tak dostajemy się do jamy brzusznej. Odszukanie wyrostka robaczkowego może być rzeczą bardzo łatwą lub odwrotnie, niezmiernie trudną, jeżeli wyrostek o zmienionej postaci, załamany i przewężony, przyrośnie do kątnicy lub skryje się pomiędzy pętlami przyrosłych jelit. Szukając, trzeba za każdym razem nakreślić sobie plan postępowania, a pierwsza rzecz, to odszukanie wstępującej części okrężnicy, względnie kątnicy i uwolnienie jej ze zrostów. Mając przed sobą kątnicę łatwiej już dojdziemy do celu, chociaż i wtedy niemało się mozoląc[28]). Znalazłszy wyrostek i uwolniwszy go ze zrostów, nacinamy ostrożnie u jego podstawy okrężnie warstwę surowiczą i mięsną, nie naruszając nigdzie błony śluzowej, i przewiązujemy go dokładnie podwiązką katgutową. Następnie w pobliżu podwiązki zakładamy mocno uciskające kleszczyki, i podprowadziwszy

[28]) Körte i P. Müller radzą w odszukiwaniu wyrostka robaczkowego kierować się przebiegiem taśm podłużnych, lub przynajmniej taśmy podłużnej przodkowej. Badania bowiem anatomiczne wykazują, że wyrostek robaczkowy tam się uczepia do jelita ślepego, gdzie taśmy owe schodzą się i krzyżują.

gazę popod wyrostek przecinamy go między podwiązką, a zaciskiem Wyciąwszy jeszcze dokładnie błonę śluzową z kikuta, zagłębiamy go, a ponad nim zakładamy dwurzędowy szew Lemberta, także katgutowy. I dopiero teraz i w każdym przypadku, gdyśmy wreszcie usunęli wyrostek robaczkowy uważamy, żeśmy zadość uczynili wszelkim wskazaniom. W piśmiennictwie spotykamy wcale nie rzadkie opisy przypadków, w których po niezupełnem usunięciu wyrostka niespodziewanie zjawiał się ostry napad. Nie zawsze jednak na tem skończyć można operacyą. Nieraz trzeba uczynić zadość wskazaniom ubocznym. Raz np. (por. spostrz. XV) dopiero po otwarciu jamy brzusznej spostrzegliśmy, że zrosty tak zaciskały jelito, iż jakkolwiek przed operacyą nie było objawów zwężenia jelita, to jednak zwężenie i to znaczne istnieć musiało, dolny bowiem odcinek jelita biodrowego był rozdęty i ściany jego przerosłe. Była to bardzo trudna operacya. Z wielkim mozołem, udało się wreszcie odszukać wyrostek robaczkowy, wyciąć go i nie mogąc rozwikłać bliznowatych zrostów w okolicy ujścia jelita cienkiego do kątnicy, założyliśmy przetokę *(anastomosis)* między temi częściami jelita powyżej zwężenia. W innym przypadku Prof. Rydygier znalazłszy pętlę jelita cienkiego, przyrosłą do kresy bezimiennej i kątowato tamże załamaną, po wycięciu wyrostka, oddzielił ten zrost, a widząc błonę surowiczą w miejscu przyrostu rozdartą, musiał ją pokryć szwem Lemberta. Przypominam sobie wreszcie jeden przypadek wycięcia wyrostka „à froid,“ gdzieśmy znaleźli sieć dużą przeciągniętą w okolicę kątnicy i tam przyrośniętą. Chory ten uskarżał się bardzo na przeróżne dolegliwości żołądkowe. Tu trzeba było, sieć podwiązać i odciąć. A wiele jeszcze innych niespodzianek spostrzega się po odsłonięciu wyrostka! O tem wszystkiem trzeba pamiętać i zdawać sobie sprawę, że wycięcie wyrostka w pewnych warunkach może być bardzo trudną operacyą; trzeba więc do niej przystępować uzbroiwszy się w cały zasób sprytu i zręczności technicznej.

Po tej napozór niewinnej operacyi mogą się zdarzyć bardzo przykre niespodzianki. Myśmy np. stracili jednego chorego operowanego „à froid“ (por. spostrz. XXVII) skutkiem przedziurawienia kątnicy obok szwu i następowego posokowatego zapalenia otrzewnej. Tłómaczę sobie ten przypadek tak, że szwem schwyconą została jakaś tętniczka, odżywiająca ową obumarciu uległą okolicę, która na nieszczęście przez żadną inną tętniczkę nie była odżywianą. Inni autorowie wspominają o przetokach kałowych, widywanych niekiedy po takiej operacyi. Przetoki te najczęściej goją się same — rzadziej trzeba je zaszywać po okrwawieniu brzegów.

Wreszcie o innem, również (i słusznie) do niemiłych niespodzianek zaliczanem powikłaniu podczas operacyi „à froid“, wspomnieć należy: o ogniskach ropnych otorbionych. Dziwi się Krajewski gdy operując chorego w 3 tygodnie po ostrym napadzie znalazł takie ognisko, a jakżeż myśmy się zdziwili, gdyśmy przystępując do operacyi w 14 tygodni po napadzie i równie długim okresie bezgorączkowym, natrafili na ropne ognisko, w miednicy małej. W takich przypadkach nie pozostaje nic innego jak całą jamę brzuszną oddzielić od takiego ogniska zapomocą gazy, a od ropnia na zewnątrz wyprowadzić sączek.

Uskuteczniwszy wszystko co w danym razie było potrzebnem, zaszywamy warstwowo katgutem ranę w powłokach. Korzyści operacyi „à froid“ widoczne jak na dłoni. Prawdopodobieństwo przepukliny w bliźnie zwłaszcza po sposobie Jalagnier'a, tak małe, że prawie nie istnieje. Leczenie następowe trwa co najdłużej 3 tygodnie. Niebezpieczeństwo dla życia chorego z operacyą połączone prawie żadne

Te same wskazania i zasady, *mutatis mutandis* obowiązują i w owych rzadkich przypadkach, w których jelito ślepe, a wraz z niem i wyrostek robaczkowy ulegną przemieszczeniu np do przepukliny pachwinowej i to niekoniecznie prawej, (ob. spostrz. VII) lecz, jak o tem donosi Schwarz, wyrostek, nawet nie skutkiem odwrotnego ułożenia trzew, znaleść się może w przepuklinie pachwinowej lewej. Wyrostek uległszy zapaleniu w przepuklinie, sprowadzać może objawy, naśladujące uwięznięcie. Jelito ślepe może być również przemieszczonem pod wątrobę, w okolicę pępka lub w razie odwrotnego ułożenia trzew leżeć na lewym talerzu biodrowym W każdem tem miejscu wyrostek robaczkowy uledz może zapaleniu. Żadnego podobnego przypadku nie spostrzegaliśmy w naszej klinice, nietrudno jednak sobie wyobrazić, jak w takich razach wyglądać będzie rozpoznanie.

III. Oceny i sprawozdania.

O szczepieniu ochronnem przeciwospowem.

Podał

Dr. Jan Landau.

W szeregu sprawozdań, wydawanych corocznie o stanie nauki o szczepieniu, podaje Voigt sprawozdanie z piśmiennictwa, tyczącego się tego przedmiotu, a ogłoszonego w roku 1900. *(Bericht über die im Jahre 1900 erschienenen Schriften über die Schutzpockenimpfung.)*. Z zakresu historyi szczepienia pojawiła się praca Paula o rozwoju szczepienia w Austryi i Küblera historya ospy i szczepienia. Statystyka Burckhardta wykazuje, że w państwie niemieckiem przypada w roku 1898 na milion ludzi 0·28 przypadków śmierci, a to przeważnie w okolicach pogranicznych. W maju roku 1900 wybuchła zaraza ospy we Frankfurcie, w którym od roku 1895 nie spostrzegano ani jednego przypadku ospy; przeprowadzone z całą energią środki ostrożności, a mianowicie oddzielenie osobników chorych i podejrzanych i szczepienie ochronne, położyły tamę dalszemu szerzeniu się choroby. We Francyi pojawiła się choroba w Lugdunie, Marsylii i w Paryżu; w tym ostatnim podczas Wystawy światowej w szpitalu barakowym było umieszczonych 180 chorych. Na wyspie Portorico szczepienie ochronne święciło prawdziwy tryumf; ponieważ panowała tu ospa nagminnie, zaszczepiono w przeciągu trzech miesięcy 790.000 osób, poczem ospa zupełnie się nie pojawiła. Twierdzenie Nakanishiego o stałem pojawianiu się prątka, mającego powodować ospę, upadło, skoro Ficker tensam prątek spostrzegał w skórze osobników nieszczepionych. Levy i Fickler wyhodowali z limfy prątek podobny do powyższego, należący do gromady prątków błoniczych. Roger i Weil opisują ciałka wielkości 1—3 μ, należące do pierwotniaków *(protozoa)*, a znajdywane we krwi, w treści pęcherzyków i wywołujące u królików objawy do ospy podobne. Niemniej atoli badania autorów tych, jak również Siegla i Funcka, nie są uwieńczone pomyślnym skutkiem, gdyż dotychczas nie znamy czynnika chorobotwórczego ospy.

Przez próby szczepienia na dwunastu cielętach wykazał Martius, że surowica ludzi i cieląt szczepionych i tych, którzy przebyli ospę, zawiera istoty ochronne przeciw dzia-

łaniu krowianki. Istoty te w dwunastym dniu po zaszczepieniu znajdują się najobficiej, a następnie ilość ich się zmniejsza; można je jednak jeszcze po pięciu miesiącach wykazać; najwyraźniejsza jest ich obecność w surowicy człowieka, który przebył ospę przed 14-tu dniami. Doświadczenia te i wyniki potwierdza Kodżabaschew. Wassermann widzi główną broń ustroju w obecności we krwi podobnych do zaczynów istot, które rozpuszczają bakterye. Coste, spostrzegając epidemię ospy w Marsylii, widział różnicę w wysypce ospowej u chorych szczepionych i nieszczepionych: mianowicie u nieszczepionego po odsłonięciu skóry krosty są otoczone obwódką barwy anilinowej, podczas gdy u szczepionych obwódka pozostaje jednostajnie czerwona. Sterling przypisuje ospie własność ułatwiania powstawania gruźlicy, a Du Castel wykazał, że już istniejąca kiła przy wybuchu ospy się pogarsza. Begg łagodzi przebieg podawaniem salolu (3—4 grm. dziennie), a Gubert i Kotowczikow szczepią w przebiegu ospy codziennie w 2—3 miejscach i zalecają rozpoczęcie leczenia tym sposobem już w czasie wylęgania. Piery badaniami swojemi wykazał, że szczepienie ciężarnych nie ochrania płodu przed działaniem jadu ospowego. Zdaje się jednak, że krowianka przez niego użyta była nieodpowiednia, gdyż Palm dowiódł, że u noworodków szczepionka się przyjmowała, jeżeli matka była szczepiona między czwartym miesiącem ciąży a szóstym dniem przed porodem. Często po zaszczepieniu krowianki można występującej wysypce zapobiedz zdaniem Paula, założeniem opatrunku na miejscu szczepienia. (Przy sposobności chcę zwrócić uwagę na opatrunek podobny, wyrabiany przez aptekarza Rothziegla we Wiedniu, a zwany tegmin. Polega on na stosowaniu tego przetworu bezpośrednio po szczepieniu na miejsce szczepienia i pokryciu takowegoż zapomocą dodanych i odpowiednio przykrojonych płatków waty. Szczególnie zaleca się on przy szczepieniu podczas godziny ordynacyjnej lekarzy, gdyż miejsce zaszczepione zasycha szybko i chroni ranę od zakażenia. *(Przypisek sprawozd.)*.

Ospica *(Variolois)*, choroba zresztą dobrotliwa, ma niekiedy przebieg złośliwy, jak to wykazał Krjukow na dwóch przypadkach z wynikiem śmiertelnym, z których w jednym prątki Klebs-Löfflera spowodowały głębokie owrzodzenia, w drugim zaś gronkowce i łańcuszkowce były przyczyną róży. Haenel przed wybuchem ospicy spostrzegał zapalenie nerek, jako objaw przedwczesny, a podobny przypadek opisuje Friedmann. Stolkind widział dwukrotne wystąpienie ospicy: mianowicie młodzieniec siedemnastoletni, który przebył już był ospę, a w dziesiątym roku życia ospicę, zapadł na tę ostatnią po raz drugi z ciepłotą początkową 40° C. Co się tyczy techniki szczepienia, to przeważająca większość autorów jest za zachowaniem należytej czystości bez stosowania środków antyseptycznych. Flachs zaleca u dziewcząt szczepienie pod gruczołem sutkowym, gdyż nie szpeci, a opatrunek dobrze przylega. Prócz tego pojawił się cały szereg mniej lub więcej praktycznych nowych przyborów do szczepienia.

Pod względem statystyki nader ciekawy jest wynik badań Pfeiffera, wykazujących, że w państwie niemieckiem pod wpływem ustawy o szczepieniu około 15% pozostaje nieszczepionych, niema atoli potrzeby zaostrzenia przepisów o szczepieniu, gdyż w razie wybuchu epidemii w otoczeniu chorego wszyscy nieszczepieni muszą uledz szczepieniu, a prócz tego są zalecone środki desinfekcyjne i odgraniczające chorego od otoczenia. Erismann żąda międzynarodowego porozumienia się dla przeprowadzenia ustawą przepisanego szczepienia i rewakcynacyi. Livi na podstawie obserwacyi przypadków ospy w armii włoskiej nie pojmuje, jak można wyszukiwać powody naukowe przeciw szczepieniu przeciwospowemu, a w Rosyi Towarzystwo higieny żąda ustawowego wprowadzenia szczepienia.

Zmiany patologiczne wskutek szczepienia coraz rzadziej się pojawiają. I tak Hutchinson spostrzegał zmiany ospowe na częściach rodnych u mężczyzny skutkiem zakażenia przez żonę, mającą właśnie zaszczepioną krowiankę, a Modell na wardze dwuletniego chłopca, który ugryzł braciszka w miejsce, w które zaszczepiono krowiankę. Forster opisał trzy przypadki krost na oku u kobiet, które pielęgnowały dzieci szczepione, a Ahronheim sam na sobie widział wystąpienie łuszczycy w miejscu powtórnego szczepienia, i prócz tego przytacza trzy podobne przypadki. Podobny przypadek przedstawił również Bruhns, a dotyczy on dziewczyny dwunastoletniej. W dyskusyi Köbner uważa szczepienie jako *agent provocateur*, przyspieszający powstawanie łuszczycy na *locus minoris resistentiae*. W niektórych przypadkach atoli szczepienie wpływa korzystnie na choroby skórne. I tak: wielokrotne brodawki na skórze ustępowały po przypadkowem szczepieniu bez wszelkiego leczenia. Paul w przypadku świerzbiączki (*prurigo*) szczepił bez szkody dziecko sześcioletnie, pokrywszy miejsce szczepienia *tegminem*, a Corraz pod groźbą ospy szczepił chorych w szpitalu, a nawet chorego z durem i drugiego z różą twarzy. Chorzy ci szkody nie ponieśli. Już dawno zwrócono uwagę na korzystny wpływ szczepienia na przebieg krztuśca. Guerani zebrał 253 przypadków, z których 145 szczepił z wynikiem dodatnim, a z tych 102 miało krztusiec. Z tych 24 wyleczono w przeciągu 1—2 tygodni, a 72 w 2—4 tygodniach. W 6-ciu tylko przypadkach nie wystąpiło polepszenie, a wyleczenie po 8—9 tygodniach. U 43 dzieci, szczepionych w celu profilaktycznym, 34 nie nabyło krztuśca, dziewięcioro nabyło go, ale w formie łagodnej i z krótkim przebiegiem. Ze 108 dzieci nieszczepionych zmarło podczas krztuśca ośmioro na nieżytowe zapalenie płuc.

W kierunku ustawodawstwa, tyczącego się szczepienia wymienić należy ustawę z roku 1900 w państwie niemieckiem, zezwalającą na odosobnienie chorych ospowych w szpitalu, jeżeli lekarz rządowy uzna zarządzenie to za konieczne, a lekarz ordynujący uzna przewiezienie chorego za nieszkodliwe. Ustawa ta, w tym duchu przeprowadzona, przeszkadza naturalnie szybkiemu odosobnieniu chorego.

Kończąc to sprawozdanie nadmienić muszę, że nie obejmuje ono streszczenia wszystkich prac, które się pojawiły w roku 1900 w liczbie 112, a tylko przedstawiłem najważniejsze.

IV. Wyciągi.

Mühsam (Berlin). **W sprawie różniczkowego rozpoznania zapalenia wyrostka robaczkowego i duru brzusznego.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 32, 1901). Na oddział chirurgiczny przyjęto 32-letniego chorego, podającego, że przed 7-ma dniami, wśród najlepszego zdrowia, dostał nagle dreszczów i silnych boleści w brzuchu, a w szczególności w okolicy jelita ślepego; zaparty stolec został usunięty nieco solą karlsbadzką. Badanie przedmiotowe wykazało lekko zarumienioną twarz, ciepłotę ciała 38·2, tętno 88, — płuca i serce bez zmian; natomiast jedyna wyraźna bolesność nad prawym talerzem biodrowym, przy braku większego oporu i stłumionego odgłosu wypukowego. Rozpoznano więc zapalenie wyrostka robaczkowego, ewentualnie obrzęk zapalny wyrostka robaczkowego bez zajęcia otrzewnej i zalecono pęcherz lodowy na okolicę bolesną, zaparcie zaś stolca usunięto lewatywą. Atoli już popołudniu tego samego dnia stan chorego znacznie się zmienił: bolesność się powiększyła, oczy wpadły, ciepłota ciała 39·5, tętno 96, — pacyent robi wrażenie ciężko chorego; przedmiotowo można stwierdzić w okolicy jelita ślepego opór wielkości orzecha włoskiego, bardzo bolesny. Obrzęku śledziony i wysypki brak, wobec czego dur brzuszny wykluczono, a przyjęto zapalny obrzęk wyrostka robaczkowego, grożący przedziurawieniem do jamy brzusznej, — wieczorem tego samego dnia przystąpiono do operacyi. Pokazało się, że wyrostek robaczkowy zupełnie był prawidłowy, natomiast znaleziono na jelicie ślepem miejsce wielkości $^1/_2$ ctm.^{2} przekrwione, odpowiadające wrzodowi wewnątrz jelita usadowionemu; błona surowicza zresztą nietknięta, dająca się w tem miejscu unieść, przyczem zauważyć było można, że odpowiednie wewnętrzne warstwy ściany jelita są zniszczone: widocznem więc było, że zachodził wrzód durowy. Zresztą innych zmian ważniejszych nie znaleziono. Wobec tego wpuklono ową część błony surowiczej do światła jelita i założono kilka szwów. Chory wyzdrowiał. Przypadek ten dosadnie ilustruje, jak

czasem w przebiegu duru brzusznego nie można polegać na znanych metodach rozpoznawczych: dyazo-odczyn wcale nie wyjaśniał sprawy, a „Widal“ dopiero w 11-tym dniu po operacyi dał wynik dodatni. *Dr. Henryk Pisek.*

Zweig (Berlin). **Przyczynek do rozpoznania głębokich uchyłków przełyku.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 33, 1901). Autor proponuje następujący sposób: najsamprzód wprowadza się do przełyku zwykły lejkiem zaopatrzony zgłębnik żołądkowy, który prawie z reguły wchodzi do uchyłka; taki sam zgłębnik wprowadza się do żołądka, co przy niejakiej wprawie z łatwością wykonać można. Że ten drugi zgłębnik istotnie znajduje się w żołądku, można się przekonać zapomocą dotyku powłok brzusznych, a powtóre, polecając choremu przeć tłocznię brzuszną, przyczem przez zgłębnik wydostaje się treść żołądkowa na zewnątrz. Następnie przez pierwszy zgłębnik napełnia się uchyłek rozczynem błękitu metylenowego, poczem zwolna wyciąga się zgłębnik, tkwiący w żołądku. W przypadku więc zwykłej rostrzeni przełyku przechodzi zgłębnik przez wypełniający ją rozczyn, co natychmiast okazuje się przez wydostanie się błękitu metylenowego zgłębnikiem na zewnątrz, — jeśli zaś istnieje uchyłek przełyku, wówczas rozczyn ani przez lejek się nie pokaże, ani też koniec zgłębnika nie będzie zabarwiony. W ten sposób da się odróżnić, zdaniem autora, — uchyłek przełyku od samoistnej rostrzeni. *Dr. Henryk Pisek.*

Hecht. **Leczenie gorącem powietrzem przewlekłych ropotoków ucha środkowego.** (*Münch. med. Wochs.*, 1901, Nr. 24). Autor w pierwszym rzędzie podaje opis przyrządu, służącego do stosowania gorącego powietrza. Przyrząd ten jest odmianą przyrządu Hollandra, służącego do leczenia pewnych chorób skórnych (toczeń). Przeciwnicy leczenia gorącem powietrzem twierdzą, że zastosowanie powietrza dostatecznie ogrzanego, by działało zabójczo na bakterye, nie jest obojętne dla ucha. Stosowanie powietrza mniej ogrzanego, przez czas krótki n. p. 5 minut, nie przynosi zaś znowu, ich zdaniem, żadnej korzyści. Autor zwalcza to zapatrywanie i dowodzi, że korzystne działanie gorącego powietrza polega nie na jego własności zabijania drobnoustrojów, ale na następujących dwóch czynnikach: 1) Ciecz pozostająca czas dłuższy w jamie bębenkowej wywołuje powierzchowne zmacerowanie błony śluzowej, przeciwdziała więc sprawie gojenia, a bakteryom dostarcza lepszego podłoża. Suszącem działaniem gorącego powietrza usuwamy te niedogodności, powstałe z przestrzykiwań ucha, bez których niezawsze można się obejść. 2) Ważniejszem, według H. działaniem powietrza gorącego, jest wywołanie, choćby przemijającego przekrwienia czynnego, które uważać należy na potężny czynnik leczniczy podnoszący stan odżywienia tkanki, jej zdolność odrodczą i siłę odporną. Dodatnich wyników autor jednak szczegółowo nie podaje. *Schoengut.*

Wilms. **Przyczynek do nauki o uszkodzeniu naczyń krezkowych.** (*Münchner med. Wochenschrift* 1901, Nr. 32). Autor opisuje przypadek wypadkowego skaleczenia się robotnika dłutem w brzuch. Wkrótce wystąpiły objawy krwotoku do jamy brzusznej, z powodu którego wykonano laparotomię. Okazało się, że lewy płat wątroby niedaleko dolnego brzegu był przedziurawiony; prócz tego była przedziurawiona krezka w okolicy dolnego ramienia dwunastnicy. Wątrobę zeszyto, a na naczynia krwawiące w krezce założono 13 szczypczyków zaciskowych, które zostawiono w jamie brzusznej. Jamę brzuszną, ile się dało, zaszyto. Po trzech dniach zdjęto szczypczyki, po 6-ciu tygodniach rana była zagojona, a po 9-ciu tygodniach chory opuścił klinikę. W krezce były zranione gałązki żyły krezkowej górnej. Autor zastanawia się nad sprawą podwiązywania naczyń krezkowych. Doświadczenia wszystkich autorów na zwierzętach (Litten, Madelung, Rydygier, Orecchia i inni) zgadzają się, że podwiązanie tętnicy krezkowej górnej powoduje obumarcie jelita od dwunastnicy aż do okrężnicy poprzecznej. Podwiązanie tętnicy krezkowej dolnej niema według doświadczeń Orecchia i Chiarella powodować obumarcia jelita, zaopatrywanego przez nią w krew. Deckart zebrał 6 przypadków zaczopowania tętnicy krezkowej górnej u ludzi bez żadnych doniosłych następstw; według autora w żadnym z tych przypadków nie da się napewno stwierdzić, że cały pień tętnicy był zaczopowany. Co do podwiązania żyły krezkowej górnej, to panuje obecnie ogólnie zdanie, że podwiązanie jej nie powoduje obumarcia jelita. Zdanie to oparte jest na spostrzeżeniach Robsona, który miał podwiązać bez szkody żyłę krezkową górną. Autor robił doświadczenia na zwierzętach i po podwiązaniu żyły krezkowej górnej zwierzęta zawsze ginęły; dlatego przestrzega on, żeby nie podwiązywać żyły powyżej trzustki, tylko poniżej. Rozbierając przypadek Robsona, autor robi przypuszczenie, że i w tym przypadku żyła była zraniona poniżej trzustki. *Dr. Teofil Zalewski.*

Arthur Ransome i Aleksander Foulerton. **O wpływie ozonu na żywotność drobnoustrojów.** (*The Lancet* 2-go marca 1901 r.). Znanym jest zgubny wpływ promieni słonecznych na drobnoustroje, zjawiska tego jednak dotąd dokładnie nie wyjaśniono. Autorowie zajęli się zbadaniem, o ile słusznem jest dość rozpowszechnione zdanie, że ozon, powstający pod wpływem działania promieni słonecznych na powietrze atmosferyczne, utlenia żywo substancye składowe drobnoustrojów i tym sposobem zabija je. Doświadczenia w tym kierunku robiło kilku już badaczy, lecz w ostatecznych wynikach zgody nie było: gdy Chapuis jako skutek działania ozonu na watę z bakteryami stwierdzał zupełną ich zgubę (pożywki pozostawały jałowe), to Sonntag i Ohlmüller dowodzili, że ozon w suchym stanie niema na drobnoustroje żadnego wpływu, lub ma niezwykle mały; po przepuszczeniu jednak ozonu przez wodę, zawierającą bakterye, te ostatnie zwykle ginęły.

R. i F. postanowili zbadać, czy ozon, użyty w wielkiej ilości, czy to zmieszany z powietrzem atmosferycznym, czy z czystym tlenem, w samej rzeczy zabija drobnoustroje, — i głównie, czy działanie to istnieje także w warunkach, umożliwiających zastosowanie ozonu do praktycznych celów: odkażania mieszkań po chorych zakaźnych. Doświadczenia przeprowadzali autorowie z różnemi chorobotwórczemi i niechorobotwórczemi bakteryami, a szczególnie z prątkiem gruźliczym, który, jak wiadomo, jest bardzo czuły na wpływ światła słonecznego.

Wnioski autorów są następujące: Ozon w suchym stanie nie wywiera znaczniejszego wpływu na żywotność drobnoustrojów. Dłuższe poddanie prątków gruźliczych w wysuszonej plwocinie działaniu ozonu bynajmniej nie zmniejsza ich chorobotwórczych własności. Niejaki wpływ zdaje się wywierać ozon na żywotność prątków nosacizny i wąglika. Z drugiej strony doświadczenia autorów potwierdzają wyniki badań Ohlmüllera o zabójczych własnościach ozonu na drobnoustroje, tworzące zawiesinę w płynnem środowisku. Tak tedy ozon suchy, w tej postaci, w jakiej znajduje się w przyrodzie, nie wywiera według badań autorów ujemnego wpływu na drobnoustroje. Oczyszczające działanie ozonu w ekonomii natury zależy od bezpośredniego utlenienia gnijących organicznych substancyj; ozon bynajmniej nie wstrzymuje działalności bakteryj, które w rzeczy samej pracują z tymsamym ostatecznym wynikiem, co i ozon, rozkładając martwe organiczne ciała na prostsze, niegnijące składniki. *St. Rudzki.*

Prof. Poufick. **Zołzy a gruźlica.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* 1901, zeszyt 1). Przez słowo zołzy (*scrophulosis*) rozumiano z dawien dawna stan chorobowy, znamionujący się licznymi objawami li tylko klinicznymi, których podstawy jednak nigdy dokładnie nie określono. Gdy u dziecka stwierdzono wypryski na głowie i twarzy, przewlekłe lub często powtarzające się nieżyty nosa, ucha, krtani, oczu, powiększenie gruczołów, zwłaszcza szyjnych, rozpoznawano zołzy. Po odkryciu przez Kocha prątka gruźliczego i po jego doświadczeniu, że przeszczepienie tkanek zołzowych wywołuje tesame zmiany, co miejscowa sprawa gruźlicza, nasunęło się pytanie, czy ten cały zbiór chorób, jednem słowem „zołzy“ objęty, nie jest niczem innem, jak tylko miejscową gruźlicą. Odpowiedź pewnej liczby autorów brzmiała twierdząco: gruźlica i zołzy są jednem i temsamem co do swej istoty. Okoliczność, iż wobec jednorodności obu tych spraw chorobowych, jeszcze większy, niż dotychczas odsetek ludzi byłby zagrożony gruźlicą, wzniecila wątpliwości i wywołała cały szereg badań, zmierzających do sprawdzenia panujących zapatrywań.

Przy dokładnem badaniu, przy którem jako probierz tożsamości przyjęto obecność prątka Kocha, stwierdzono, że 1) brak go w znacznej liczbie przypadków, badanych tak drogą bakteryologiczną, jak i przeszczepianiem; 2) zmiany rzekomo zołzowe wywołane zostały przez bakterye ropne. Na podstawie licznych własnych spostrzeżeń i szeregu prac innych autorów dochodzi P. do następujących wniosków: Chorobę zwaną zołzami, należy podzielić na zmiany, wywołane: 1) zakażeniem ropnem, 2) prątkami gruźliczymi, 3) zakażeniem mieszanem, w którem znajdujemy bakterye ropne i prątki gruźlicze. Ostatnią gromadę można podzielić na dwie: *a*) większą, gdzie do sprawy ropnej przystępuje sprawa gruźlicza; *b*) mniejszą, w której porządek zakażenia jest odwrotny.

W tych zaś przypadkach, w których wobec braku wybitnych zmian, a tylko przy pewnem znamiennem wejrzeniu, jak obrzmienie skóry, błon śluzowych nosa i warg i t. d. mówi się o skłonności do zołzów, trzeba pamiętać, że taki stan wywołać mogą u dziecka najlżejsze nawet podrażnienia, sprowadzające w następstwie znaczne zastoje limfatyczne. *L. R.*

Longuet. **Wyjaławianie rąk w chirurgii.** (*La Presse medicale* Nr. 66). Wywody teoretyczne za — lub przeciw wyjaławianiu rąk winne ustąpić wnioskom, nabytym doświadczalnie i klinicznie. Doświadczenie poucza, że jeśli wyjałowienie rąk metodą zwykle używaną jest ostatecznie możebne, to natomiast nie jest ono

ani stałe, ani trwałe, a w wysokim stopniu jest ono wątpliwe po niedawnem zetknięciu się z posoką, co tak dobitnie stwierdza codzienne spostrzeganie i doświadczenie kliniczne. Przeto wielkim obowiązkiem chirurga jest unikanie zetknięcia swych rąk z posoką, a jeśli konieczność podczas operacyi go do tego zmusi, to w celu zapobieżenia groźnym dla operowanego następstwom powinien chirurg uciec się do rękawiczek nieprzemakalnych, których używanie wprawdzie dalekie jest od doskonałości, lecz w przypadkach gnilnych stanowi dziś jeszcze najlepszy z zalecanych sposobów zapobiegania zakażeniu ran operacyjnych przez ręce chirurga.

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Gottschalk (Berlin). **Aspiryna i dionina w chorobach dzieci.** *(Deutsche med. Wochs.* Nr. 30, 1901). 1. Aspiryna niewątpliwie wywiera skuteczne działanie w cierpieniach pochodzenia gośćcowego, zmniejszając boleści i usuwając istniejące obrzęki i gorączkę; przewyższa przetwory salicylowe, ponieważ nie pociąga za sobą szkodliwych następstw ubocznych (zaburzenie ze strony przewodu pokarmowego, szum w uszach i t. d.), pomimo stosowania jej przez dłuższy przeciąg czasu. Autor podawał aspirynę 400 dzieciom w przypadkach grypy, gośćca, pląsawicy, i przekonał się, że dzieci bardzo chętnie brały ten przetwór i wcale dobrze go znosiły. Co się tyczy działania, stoi aspiryna na równi z salicylanem sodowym i może również być w tych samych ilościach (w proszku) podawaną; — zaleca się jednak w postaci kołaczyków rozpuszczonych w łyżce wody. W pierwszych latach życia podaje się 0·25 = ½ kołaczyka, później 0·5 = 1 kołaczyk, powtarzając dawkę odpowiednio do stanu choroby: — najwyższa dawka dla starszych dzieci wynosi 2—3 grm. 2. Dionina przedstawia się w postaci białego, w wodzie łatwo rozpuszczalnego proszku bez zapachu, o smaku lekko gorzkawym. Liczni autorowie, którzy podawali dioninę przeciw uporczywemu kaszlowi u chorych gruźliczych, lub w przewlekłych schorzeniach oskrzeli, przyznają zgodnie, że jest ona znakomitym środkiem, zwalczającym skutecznie kaszel, uśmierza bolesność, wpływa pomyślnie na odkrztuszanie, przyczem łagodniej działa, aniżeli morfina, silniej jednak, niż kodeina, — w każdym razie bez ubocznych szkodliwych wpływów. Badania autora, przeprowadzone z tym lekiem na całym szeregu dzieci chorych na krztusiec wykazały wcale nie dwuznacznie, że dionina bynajmniej nie jest lekiem swoistym, ale jedynie przyjemnym środkiem narkotycznym, mogącym być w odpowiednich dawkach podawanym bez obawy. Dzieciom rocznym podaje się ½ mgm. na raz, a więc w rozczynie 0·01: 100, co trzy godziny po łyżeczce od kawy; w drugim roku życia 0·001 na dawkę (czyli 0·02: 100), w 3-cim i 4-tym 0·03—0·04: 100, od 5-tego do 8-go roku życia dochodzi stopniowo do 0·1: 200 zawsze co trzy godziny łyżeczkę kawową. *Dr. Henryk Pisek.*

Leczenie poronne zapalenia oczu w przebiegu ospy błękitem metylenowym. Na 691 chorych na ospę, leczonych przez Courmonta i Rolleta, 45 uległo przypadłościom ospowym ze strony spojówek i rogówek. Wymienieni klinicyści leczyli te cierpienia oczne kilkakrotnem w ciągu dnia zapuszczaniem do oczów rozczynu błękitu metylenowego w stosunku 1: 500, i przypisują temu leczeniu znamienny fakt, że żaden z ich chorych nie stracił wzroku. *(La Presse médicale* Nr. 65).

Leczenie rzeżączki kw. pikrynowym zaleca prof. Brun. Znając z doświadczenia, jak silnie wysuszająco działa kwas pikrynowy na wszelkie sączące sprawy chorobowe na skórze, i jak szybko po jego zastosowaniu następuje odrodzenie się nabłonka, zamierzył prof. B. użyć tego przetworu w leczeniu rzeżączki, pod postacią wstrzykiwań do cewki moczowej. W tym celu posługuje się rozczynem 1: 200, rzadziej 1: 100, lecz ten ostatni sprawia ból, aczkolwiek nie nadzwyczajny. Do wstrzykiwań używa strzykawki szklanej i wstrzykuje 5—6 gramów płynu, który zatrzymuje w cewce 3 minuty. Wstrzyknięć robi 2—3 dziennie, a przy szczególnej wrażliwości chorego tylko jedno. Wyleczenie zupełne w rzeżączce ostrej następuje w 4—5 dni.

Prof. Brun utrzymuje, że w rzeżączce kwas pikrynowy działał pomyślniej od wszystkich innych leków, zwykle w tych okolicznościach używanych, ale pomyślne te wyniki odnoszą się tylko do rzeżączki przedniego odcinka cewki moczowej; przy zajęciu części tylnych cewki stosowanie kw. pikrynowego musi mieć na oku doprowadzenie leku do odcinka tylnego cewki. Wpływ kw. pikrynowego na gonokoki ma być bardzo silny: zmniejszają się szybko liczebnie i tracą żywotność. *(La Presse medicale* Nr. 67).

Wyjałowienie cewników i świeczek (bougie) **kauczukowych** natrafia na znaczne trudności, z powodu niszczącego wpływu chemicznego rozmaitych przetworów na kauczuk. Dr. Cauchois przeprowadził szereg badań w tym kierunku i stwierdził, że najlepszym środkiem do wyjałowienia narzędzi kauczukowych są nasycone rozczyny soli chlorku potasowego, sodowego i siarkanu sodowego; wyjałowienie ma być bezwzględne, przedmioty wyjałowione nie zmieniają się, a cena rozczynów jest bardzo nizka.

Demetriade (Bukareszt). **W sprawie jodopiny.** *(Klin. therapeut. Wochs.* Nr. 27, 1901). Na podstawie kilku przypadków kiły, leczonych z pomyślnym skutkiem, twierdzi autor, że wynik, osiągnięty po jodipinie jest przedewszystkiem trwały, powtóre że nigdy nie stwierdzono *jodismus.* Szkodliwe uboczne następstwa nigdy się nie pojawiały. Podawano zwykle 10% jodipinę wewnętrznie w ilości 2—5 łyżeczek dziennie. *Dr. Pisek.*

Schmidt-Rimpler zaleca przy ostrym śluzoropotoku spojówek u dorosłych, wymywanie (3—4 razy dziennie) worka spojówkowego **rozczynem nadmanganezianu potasowego;** z początku używa się 1:10.000 później 1:5.000. Oprócz tego okłady lodowozimne sublimatowe (1:5.000) i wkraplania atropiny. *(Berl. Kl. Woch. Nr. 33, 1901).*

Koszenilę przeciw krztuścowi usilnie poleca Hesse według następującej formułki: *Rp. Coccionellae pulv. 10,00, Kalicarbon. 2,00—3,00. Aqu. dest. 100,00, Sacch. alb. 10,00 M. D. S. Co 2—3 godz. 1. łyżeczkę.* Napady kaszlu pojawiają się rzadziej i w mniejszem natężeniu. W 6 przypadkach nastąpiło wyleczenie już po 3 tygodniach. Koszenila jest dawnym i wielce zachwalanym środkiem, który uległ jednak teraz zapomnieniu. *(Berl. kl. Woch. Nr. 31, 1901).*

Gołubinin zachwala *apocynum cannabinum,* jako nowy środek, wzmacniający serce. Dawka wynosi 5 kropel 3—4 razy dziennie. Lek ten pomyślnie działał w przypadkach, w których inne środki były bez skutku; czasami tylko wpływa drażniąco na błonę śluzową żołądka. *(Berl. kl. Woch. Nr. 31, 1901).*

Mleko, w którego skład nie wchodzi cukier, poleca *Hutchison* dla cierpiących na cukrzycę. Przetwór ten jest wyrabiany przez Morissa, bliższych jednak wiadomości brak. *(Berl. klin. Woch. Nr. 31, 1901).* *Dr. Henryk Pisek.*

VI. Sprawozdanie z 25-go zjazdu niemieckiego Towarzystwa dla higieny publicznej, odbytego w Trewirze.

Napisał

Dr. Leonard Bier.

(Ciąg dalszy).

Drugi sprawozdawca tego samego przedmiotu Fraenkel, profesor higieny w Halli, zaznaczył na wstępie, że stworzenie nowego sposobu zaopatrywania w wodę ze zbiorników, powstających ze sztucznie nagromadzonej wody spadowej, wyniknęło pierwotnie więcej z potrzeb techniczno-przemysłowych, aniżeli zdrowotnych; ztąd też sprawa ta pierwotnie należała prawie wyłącznie do zakresu techników, a higieniści w ostatnim dopiero czasie, kiedy coraz częściej wodę taką zaczęto sprowadzać do miast, jako wodę do picia, poczęli się zajmować tą sprawą. Wartość higieniczną wody, nagromadzonej w kotlinach górskich, oceniać należy na podstawie panujących obecnie kryteryów. Woda, używana do picia, trzem warunkom czynić winna zadość: znajdować się w ilości dostatecznej, być napojem orzeźwiającym, a zatem posiadać przyjemny smak, zapach i wejrzenie, oraz odpowiednią ciepłotę, a nadto nie zawierać składników szkodliwych zdrowiu. Wymaganiom tym woda ze zbiorników w kotlinach górskich całkowicie nie czyni zadość. Co do ilości, to przewyższa ona wodę źródlaną i gruntową; natomiast już drugiemu warunkowi nie odpowiada w zupełności. Jakkolwiek przy znacznej głębokości tych sztucznych jezior można otrzymać z nich wodę zimną, czerpiąc z głębiny 8—10 metrowej, to jednak smak, zapach i wejrzenie nie odpowiadają często, zwłaszcza w pierwszych latach, wymaganiom higieny, a to z powodu gnicia znacznej ilości roślin, znajdujących się na dnie jeziora. Zapobiedz by temu można przez usunięcie korzeni i roślinności i wyłożenie dna kamieniami, lub żwirem, co naturalnie ze znacznym byłoby połączone kosztem. — Wobec pochodzenia swego z opadów atmosferycznych, spływających po powierzchni ziemi, podziela woda jezior sztucznych ogólną właściwość wszystkich wód powierzchownych, t. j. że może zawierać składniki zdrowiu szkodliwe, w szczególności bakterye chorobotwórcze.

Urządzenie wszystkich sztucznych jezior, wytworzonych w Niemczech dla zaopatrywania miast w wodę, nie zabezpiecza od możli-

wości zakażenia zawartej w nich wody: grunta, z których woda do jezior się dostaje, bywają uprawiane, lub służą za pastwiska dla bydła; potoki do jezior wpadające przechodzą przez okolice zamieszkane; rzeczki służą jako motory dla młynów; w okolicy najbliższej tych jezior, tu i ówdzie bywają urządzane gospody, do których zapomocą reklamy zwrócono wycieczki mieszkańców najbliższych miast dla miłego spędzenia wolnych chwil w tych, zazwyczaj z natury pięknych i przez znaczną przestrzeń wody zyskujących na uroku okolicach. Łatwość dostępu była też przyczyną, że czasem samobójcy w głębi tych jezior szukali miejsca dla przerwania męczącego ich życia. Rozmaitemi więc drogami dostawać się mogą do wody sztucznych jezior zarazki szkodliwe zdrowiu. Jednak i to niebezpieczeństwo ograniczyć można, a nawet prawie usunąć, przez wykupno całego terenu, dostarczającego wodę do jeziora, a w razie oporu właściciela przeprowadzić przymusowe wywłaszczenie, na podstawie istniejącego prawa. Jeżeli to dla jakichkolwiek względów nie da się wykonać, należy domostwa położone na terenie opadowym otoczyć kanałem, do któregoby spływały nieczystości z najbliższego otoczenia domu i całe jezioro należy ogrodzić szczelnym i wysokim płotem, usunąć gospody i uniemożliwić wycieczki w okolicę takich jezior. Mimo tych, jak najdalej posuniętych środków ostrożności, trzeba jednak zawsze mieć na uwadze, że woda tych jezior jest wodą powierzchowną, a zatem może zawierać zarazki chorobotwórcze, i dlatego wody takiej nie powinno się używać do zaopatrzenia miast bez poprzedniego oczyszczenia. Stanowczo nie wystarcza stosowane tu i owdzie mięszanie wody z tlenem powietrza (przez rozpryskiwanie, podobnie jak w odżelaziaczu Piefkego); zupełne oczyszczenie odbywa się tylko przez przesączanie, bądźto na filtrach piaskowych, bądź na stosownych łąkach, w odpowiedniej głębokości zdrenowanych. Streszczając w krótkości ocenę Frenkla co do wody ze sztucznych jezior w kotlinach, należy ją uważać za wodę znacznie pod względem zdrowotnym lepszą od wszelkich innych rodzajów wód powierzchownych, nadającą się jednak do użytku domowego ludności tylko po dokładnem przesączeniu. Do tego sposobu zaopatrzenia się w wodę uciec się mogą miasta, odpowiednio w górach położone, a nie posiadające w sąsiedztwie swem najbliższem wody gruntowej w odpowiedniej ilości i jakości.

Po tych sprawozdaniach rozwinęła się bardzo żywa dyskusya. Meyer z Hamburga popierał potrzebę przesączania wody ze sztucznych jezior; do tego celu, zdaniem jego, nadają się więcej filtry piaskowe, aniżeli irygacya przez zdrenowane łąki, którą i tak nie wszędzie będzie można zastosować, wobec braku odpowiedniego do tego celu gruntu.

Herzberg z Berlina zaznacza, by szczególniejszą kłaść wagę na jednostajną ciepłotę wody, używanej do wodociągów, gdyż nizka ciepłota wody jest jednym z najważniejszych czynników, ułatwiających ograniczenie nadmiernego używania piwa w lecie, szczególnie przez robotników i z tego wynikającego upośledzenia zdrowia. Kruse z Bonn żąda częstszego badania bakteryologicznego wody wodociągowej wogóle, a w szczególności pochodzącej ze sztucznych jezior.

Drugi dzień Zjazdu rozpoczął się sprawozdaniem prof. Prausnitza: **„O przyczynach i środkach zwalczania nadmiernej śmiertelności osesków“.** Sprawozdanie swoje oparł Prausnitz na bardzo dokładnie zebranej i obszernej statystyce. W Niemczech umiera rocznie do 400.000 osesków, w tem około 150.000 na nieżyt żołądkowo-jelitowy, a z 1000 nowonarodzonych ginie z przytoczonej przyczyny w przeważnej liczbie państw około 80 dzieci. Porównywując śmiertelność osesków w roku 1897 z nieżytu przewodu pokarmowego ze śmiertelnością, spowodowaną przez inne choroby w tym wieku spostrzega się, że była ona 5 razy większą od śmiertelności z chorób zapalnych narządu oddechowego, 30 razy większą, aniżeli z powodu gruźlicy, 6 razy przekraczała śmiertelność z płonicy, błonicy, odry i krztuśca — razem wziętych. Śmiertelność ta w rozmaitych miesiącach roku jest rozmaitą: wzrasta wyraźnie w lipcu, a dochodzi do szczytu w sierpniu lub wrześniu. Największą jest w pierwszych dwóch miesiącach życia, później, w miarę wieku, maleje. Z doświadczenia lekarskiego, oraz z licznych statystyk, wiadomo, że tak chorobliwość i śmiertelność ogólna, jak i szczególna — z powodu nieżytu żołądkowo-jelitowego wśród dzieci, żywionych sztucznie, jest w stosunku do żywionych piersią niezmiernie wielka. Ztąd też ogólnie utrzymuje się to przekonanie, że sztuczne odżywianie mlekiem, łatwo ulegającem zepsuciu w miesiącach letnich, oraz odżywianie rozmaitymi surogatami mlecznymi, stanowi główną przyczynę tej wielkiej śmiertelności. Starania, by mleko krowie bądźto przez wyjałowianie, bądź też przez zmianę chemiczną składu, uczynić podobnem do mleka kobiecego, nie przyniosły widocznej ogólnej poprawy. Wprawdzie zauważyć można, że w ostatnich latach zmalała nieco ogólna śmiertelność osesków, nie można jednak stwierdzić statystycznie, by od czasu stosowania sztucznego żywienia dzieci, opartego na powyższych zasadach, zmalała śmiertelność z powodu nieżytu kiszkowego; owszem nawet nieco wzrosła, jak tego dowodzi statystyka, zestawiona przez Krusego, wykazująca w 19-tu miastach niemieckich dla okresu od 1894—1898 7,7% śmiertelności z tej choroby, w porównaniu do 7% dla lat 1881—1885. Nie można jednak z tego wnosić, jakoby zasady, na których oparto sztuczne żywienie niemowląt, były fałszywe. Jak tego dowodzi statystyka specyalnie zebrana w kilku miastach niemieckich i austryackich z okresu blizko 20 lat, dzieci mało umierają z przytoczonej choroby wśród klas najzamożniejszych i inteligencyi: zaś wśród średnio zamożnych śmiertelność wynosi około 5%, a u niezamożnych około 35%; wreszcie u ubogich gdzieniegdzie przekracza 60%. Złe warunki, wśród których żyją rodzice, i z tem połączony nieodpowiedni sposób żywienia dzieci, są tego przyczyną — ze środków wskazanych przez naukę do poprawy sztucznego żywienia skorzystali tylko zamożni. Z pośród złych warunków, wpływających na nadmierną śmiertelność u dzieci, na pierwszem miejscu wymienić należy mieszkania, które zazwyczaj są przepełnione. Przy zestawieniu statystyki w Gracu okazało się, że ze 100 mieszkań, w których zmarły dzieci na nieżyt kiszek, w 9,5% wypadało mniej, niż 10 m³ powietrza na osobę (dwoje dzieci liczono na osobę dorosłą) w 44%. 10 do 15 m³, w 20, 2%, 15—20 m³; czyli że więcej, niż połowa mieszkań tych była przeludniona (jako przepełnione uznaje się mieszkanie, zawierające mniej, niż 15 m³ na osobę). Mieszkania te w 65,5% nie dały się nadto odwietrzać. Ludzie niezamożni nie są w możności dla dzieci swych zakupić przyrządu Soxhleta, ani też mniej lub więcej sztucznie przyrządzonego pokarmu. Sprawy nadmiernej śmiertelności u dzieci zdaniem Prausnitza nie można traktować wyłącznie ze stanowiska bakteryologiczno-chemicznego, lecz głównie ze stanowiska społecznego i ogólnej higieny.

Jako środki ogólniejsze do ograniczenia nadmiernej śmiertelności osesków uważać należy jak najszersze pouczenie ludności przez lekarzy i położne o istotnej przyczynie choroby. Jakkolwiek nawoływanie do karmienia piersią zapewnie przyniosłoby poprawę w śmiertelności dzieci nie należy się jednak w najbliższym czasie spodziewać z tego skutków wielkich. Szczególniejszą uwagę zwrócić należy na osoby, biorące obce dzieci na wychowanie. Jako przykład dobrej w tym kierunku kontroli wymienić należy Lipsk, gdzie wszystkie sieroty, oraz dzieci nieślubne pozostają pod opieką stałego zarządu, składającego się prócz urzędników biura miejskiego z dwóch lekarzy i 14-tu kobiet wykształconych, specyalnie w tym kierunku. Kontrola ta wpływa dodatnio nietylko na dzieci, ale w znacznym stopniu przyczynia się do przyzwyczajenia i osób starszych do życia higienicznego.

W dyskusyi podniósł Reineke, naczelnik urzędu lekarskiego w Hamburgu, potrzebę odmiennej kontroli mleka, uważając dotychczasową za przestarzałą i wskazując na wzór Danię. Wyjałowienie mleka może znakomicie przyczynić się do zmniejszenia śmiertelności wśród dzieci, jednak nie tyle wykonywane prywatnie, często nieumiejętnie, a przez to szkodliwie, ale centralnie w zakładach, utrzymywanych ofiarnością publiczną lub prywatną, z których ludność nabywać może mleko tanio. W etyologii nieżytu żołądkowo-jelitowego u dzieci bardzo wiele rzeczy jest jeszcze niejasnych, szczególnie różnią się co do nasilenia swego endemie choroby tej, zależne od czasu najwyższej ciepłoty w poszczególnych miesiącach letnich. Choroba ta wymaga co do swych przyczyn jeszcze bliższego zbadania, a wtedy skuteczniej będzie można ją zwalczać.

Erismann w dosadnych słowach karci niechęć wśród kobiet karmienia piersią własnych dzieci, niechęć niedającą się bardzo często dostatecznie uzasadnić: jest to jeden z czynników przyczyniających się do zwyrodnienia ludzkości. Zwalczać winni to lekarze pouczaniem publiczności. Zaniechanie karmienia piersią dzieci uważa za jeden z najważniejszych powodów nadmiernej śmiertelności. Na zmniejszenie śmiertelności wśród dzieci znakomicie wpływa urządzenie żłobków, podnoszące zarazem ludność moralnie.

Fraenkel, Lehman i Rapmund popierają myśl utworzenia kosztem miast Towarzystw zakładów dobroczynnych, oddających za małą opłatą mleko wyjałowione dla uboższej ludności zgłaszającej się.

Dalszy referat *Higiena jazdy na kole* wygłosił Merkel Jako zasadę jazdy na kole stawia sprawozdawca 4 warunki, mianowicie: 1) Jazdy na kole winny używać osoby tylko zdrowe. 2) Ludzie, posiadający jakiekolwiek wady w budowie ciała i mający skłonność do chorób, bez względu na wiek, winni przed rozpoczęciem tego sportu zasięgnąć w tej sprawie rady lekarza. 3) Każdorazowy wysiłek na kole należy zastosować do ogólnego stanu zdrowia. 4) Należy zaniechać wyścigów na kole.

Z bardzo sumiennej pracy sprawozdawcy, opartej na własnem doświadczeniu i piśmiennictwie lekarskiem, możemy podać tylko najważniejsze fakta, obchodzące głównie lekarzy praktycznych, odsyłając interesujących się tą sprawą do oryginału, ogłoszonego w »*Vierteljahresschrift f. öffentliche Gesundheitspflege*« 1901 H. 1.

Jazda na kole uprawiana w miarę, rozwija znakomicie mięśnie, klatkę piersiową i serce, wpływa orzeźwiająco na umysł, daje pewność siebie, szybkość w myśleniu i działaniu; jest ona rodzajem gimnastyki leczniczej — wzmaga łaknienie, reguluje oddawanie stolca. Działa jednak korzystnie tylko przy sposobie siedzenia w prostej postawie i przy niezbyt szybkiej jeździe. Co do tej ostatniej, to miarą winien być stan po skończonej jeździe. Jeżeli jeździec zachowa dobre łaknienie, nie ma nadmiernego pragnienia, nie czuje się sennym i noc następną śpi dobrze i spokojnie na tego jazda bez względu na długość i szybkość nie wpływa szkodliwie. Z początku jazdy należy przeznaczyć najmniej 5 minut na 1 klm. Używać należy ubrania wełnianego, szczególnie koszul; kolana pozostawiać wolne, nie opięte, kobiety odrzucić winny gorset. Wyskokowych napojów używać nie należy, nawet w postaci piwa; ilość napoju w czasie jazdy ile możności ograniczyć; używać można w małej ilości kawy czarnej, unikać zaś zalecanych przetworów „Kola“, oraz palenia tytoniu zwłaszcza podczas szybszej jazdy. Zalecać należy jazdę na kole przy skłonności do otłuszczenia serca, cukrzycy, dnie, niedokrewności małego stopnia u dziewcząt, nerwowych cierpieniach żołądka, opadnięciu trzew, przewlekłem zapaleniu stolca i w niektórych chorobach kobiecych, u osób nerwowych, szczególnie histeryczek i neurasteników, przy pozapalnych zgrubieniach opłucnej, zesztywnieniach stawów i lekkiem zboczeniu kręgosłupa, a w tym celu należy siedzenie i kierownicę po stronie wypukłości grzbietowej obniżyć. Liczba uderzeń serca nie powinna przekraczać 100; — uprawiający jazdę na kole dla zdrowia i przyjemności nie powinien dziennie przebiegać przestrzeni większej jak 40—50 klm. Ze stanowiska higieny nie można sprzeciwiać się kolarstwu wśród kobiet; jazda na kole nie wpływa ujemnie na miesiączkowanie, owszem zauważyć można nieraz, że brak regularności, spowodowany mierną błednicą i neurastenią, ustępował pod wpływem tego sportu. Na wiele cierpień narządów rodnych kobiecych jazda na kole wpływa dodatnio; przeciwwskazaną zaś jest przy guzach w podbrzuszu, ciąży, dłuższy czas po porodzie i w poważniejszych zboczeniach w położeniu macicy.

Szkody, jakim ustrój ludzki uledz może z jazdy na kole wynikają u osób zdrowych jedynie z nadmiaru w używaniu tego sportu, pomijając wypadki, pociągające za sobą choroby chirurgiczne. Wymienić tu należy przedewszystkiem rozstrzeń serca i białkomocz, z których to objawów ostatni dosyć szybko mija po wypoczęciu.

(C. d. n.)

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dn. 12 września.

* »Czy zarazek gruźlicy bydła rogatego przenosi się na człowieka«? pytanie to zaprząta jeszcze ciągle umysły. Czytelnicy przypominają sobie, że francuski lekarz Garnault zgłosił się niedawno do prof. Kocha z propozycyą, ażeby ten ostatni zaszczepił go gruźlicą bydlęcą, a to w celu przekonania Kocha, że gruźlica bydła rogatego udziela się człowiekowi. Z tego powodu prof. Brouardel zamieszcza w »Temps« list, w którym dowodzi, że ofiara Dra Garnaulta niczego nie wyjaśni, a dla prof. Kocha mogłyby wyniknąć następstwa bardzo przygnębiające, gdyby szczepienie dało wynik dodatni z jego tragicznemi następstwami. W swoim czasie prof. Ricord zaszczepił kiłą pięć osób, z których cztery przebyły wszystkie cierpienia możebne i były blizkie śmierci, a jedna osoba umarła; a wszakże kiła, nabyta drogą zwyczajną, nie sprowadza śmierci w pierwszym okresie; więc wielkie zachodzi pytanie, czy gruźlica, zaszczepiona człowiekowi, nie przebiegałaby również o wiele złośliwiej, niż nabyta na innej drodze. Prof. Brouardel o wiele więcej oczekuje światła z badań, wywołanych enuncyacyą prof. Kocha, rozpoczętych szczególnie w Anglii: Lister rozporządza w tej chwili 300.000 fr., ofiarowanymi dla ostatecznego rozstrzygnięcia sprawy, poruszonej tak niespodzianie przez prof. Kocha.

Podobnież zapatruje się na tę sprawę dyrektor Szkoły weterynaryi w Alfort, Nocard, do którego Dr. Garnault zgłaszał się z tą samą propozycyą, co do Kocha.

Dr. Garnault udał się osobiście do Berlina i dnia 24 sierpnia został przyjęty przez prof. Kocha. Związany na razie przyrzeczeniami wobec Kocha, Dr. G. bardzo mało podaje szczegółów z tej rozmowy, obiecując po 4—5 tygodniach ogłosić obszerniejszą rozprawę na temat rozmowy z Kochem. Dr. G. odniósł wrażenie, że Koch jest niezachwiany w swem przekonaniu co do niezaraźliwości gruźlicy bydlęcej dla człowieka. Nie wyklucza on jednak możności zakażenia się n. p. przy sekcyi, ale przypadki takie nie mogą rzekomo osłabić jego teoryi. Roztrząsając wszystkie ogłoszone przypadki zakażenia się człowieka od bydlęcia, Koch w każdym wykazuje te lub owe niedokładności naukowego badania. Koch uznaje wartość badań na człowieku, jeśli liczba tych doświadczeń jest mnoga, a metoda badania ściśle naukowa. Nie idzie o szczepienie gruźlicy, powiada Koch, lecz o kilkomiesięczne picie mleka surowego, nieprzegotowanego, które jedynie doprowadziłoby do wyniku rozstrzygającego.

Jeśli Dr. G. spisał autentycznie słowa Kocha, to rzecz się przedstawia nieco odmienniej, niż dawniej. Koch nie zdaje się bezwzględnie przeczyć możności dodatniego skutku szczepienia człowieka gruźlicą bydła rogatego, skoro mówi, że przy sekcyi bydła zakażenie nie jest wykluczone; on tylko twierdzi, że drogą przewodu pokarmowego, przez picie mleka surowego, gruźlica krów nie udziela się ludziom. A gdy zkądinąd wiadomo, że chemizm żołądkowo-jelitowy oddziaływa często zobojętniająco na jady połknięte, a picie mleka krowiego nie jest jedynem zetknięciem się człowieka z bydłem rogatem, to jakże to wszystko jest dalekie od pierwotnej myśli Kocha, że gruźlica bydła nie udziela się człowiekowi, że prątek perlicy i prątek gruźlicy ludzkiej nic z sobą wspólnego nie mają.

Dr. Garnault zamierza pić cały rok mleko od krów gruźliczych i co 2—3 miesiące wstrzykiwać sobie pod skórę hodowle gruźlicze. Poświęcenie wielkie, lecz z gruntu niepotrzebne.

* W Częstochowie powstaje miejscowe Towarzystwo lekarskie. Pierwsze posiedzenie uroczyste odbędzie się dnia 14 b. m. o godzinie 5½, w sali resursy miejskiej.

Częstochowa rozporządza wszelkimi warunkami do rozwoju Towarz. lekarskiego. Każde dzieło zbiorowe o tyle trwa, o ile się oprze na ukwalifikowanych i dzielnych jednostkach, a Częstochowa właśnie posiada w łonie swych lekarzy znakomitych szermierzy nauki, którzy mogą być wszelką rękojmią pomyślnego rozwoju nowozawiązanego Towarzystwa.

Dzieląc się z czytelnikami tą dobrą nowiną, z szczerego serca życzymy nowemu ognisku polskiej wiedzy najobfitszych plonów na polu naukowej pracy i koleżeńskiego pożycia.

* Ludność Warszawy w r. 1882 wynosiła 382.964, a podczas ostatniego spisu w roku 1899 wzrosła do 745.848.

* Z świeżo ogłoszonych wyników lekarskiego badania bydła, przeznaczonego na rzeź w Saksonii, dowiadujemy się, że w ciągu ostatniego roku było zakażonych gruźlicą sztuk 55.581, mianowicie: wołów 29%, krów 38%, cieląt 34%. Przerażająca to strata dla rolników i jej chyba należy przypisać oszczercze podejrzenie, rzucone w Niemczech na prof. Kocha, że agraryusze przekupili go, ażeby wygłosił teoryę o nieprzenoszeniu się zarazka gruźlicy bydlęcej na człowieka.

* Zarząd miejski Wrocławia wprowadza instytucyę lekarzy szkolnych i wymagać będzie od kandydatów dowodu wiadomości z zakresu higieny. Wszyscy uczniowie przy wpisie będą badani: chorowici znajdą się na osobnej liście, co miesiąc będą ponownie badani, a wynik zapisywany na specyalnym arkuszu i udzielany do wiadomości rodziców i nauczycielstwa. Leczenie uczniów chorych niema należeć do obowiązków lekarza szkolnego. Lekarze szkolni podlegać mają lekarzowi miejskiemu, który przewodniczyć będzie na ich konferencyach i rozstrzygać w sprawach tej organizacyi.

* »Journal officiel« ogłasza ustawę, uchwaloną przez Izbę prawodawczą, mocą której ma powstać we Francyi »fundusz dla popierania badań lekarskich«, na który złożą się państwo i społeczeństwo. »Fundusz« ten stać będzie pod zarządem ministerstwa oświaty. Osobna komisya techniczna będzie miała za zadanie rozdzielać subwencye; składać się ona będzie z dwóch podkomisyj: 1) dla badań biologicznych, i 2) dla wszystkich innych.

* Dr. Kostecki, lekarz stacyi klimat. zimowej w Abbazyi, donosi nam, że już przybył tam na sezon jesienny, który, ze względu na panujące chłody, zapewne w tym roku wcześniej się rozpocznie.

* Namiestnik przeniósł koncepistę sanitarnego, Dra Kazimierza Mieroszewskiego z Krakowa do Lwowa, a asystenta sanitarnego Dra Wojciecha Kurzyńca ze Lwowa do Krakowa.

Mianowania i odznaczenia. Mianowani zostali lekarzami powiatowymi: Drowie Cyryl Hyżycki i Tadeusz Milewski; koncepistami sanitarnymi: Kazimierz Mieroszewski i Julian Lubowiecki. Profesorowie nadzwyczajni w Moskwie: Morochowiec (fizyol.) i Nikiforow (patol.) mianowani profesorami zwyczajnymi. Dr. Campbell mianowany profesorem anatomii w Brooklynie. Dr. Hewlett mianowany prof. ogólnej patologii i bakteryologii w Londynie. Dr. Corrado mianowany prof. zwyczajnym sądowej medycyny w Neapolu. Lekarzem naczelnym warszawskiego szpitala Dz. Jezus i kierownikiem kliniki chirurgicznej dla studentów V roku mianowany został prof. Maksimow. Dr. Bide mian. prof. chirurgii w Clermont.

Nekrologia. Dr. Franciszek Šoreys. asystent prof. Maixnera w Pradze, zmarł w 29-tym roku życia z płonicy, której nabawił się, pełniąc obowiązki swego powołania. Dr. Edward Bondy, lat 68, zmarł w Warszawie.

Bibliografia:

— *Lehrbuch der Ohrenheilkunde.* Von Prof. Dr. V. Urbantschitsch. (Czwarte nowoprzerobione wydanie Urban i Schwarzenberg. Wiedeń i Berlin. 1901 r.). Rozpisywać się o znaczeniu i wartości tej książki właściwie jest rzeczą zbyteczną; przemawia za nią szczytne stanowisko i bogate doświadczenie zasłużonego i powszechnie cenionego autora. Podnieść jednak należy, że nowe wydanie tego podręcznika bynajmniej nie jest prostym przedrukiem wydania poprzedniego, lecz owszem, wykazuje znaczne zmiany i dodatki, powiększające nie mało wartość dzieła. Z tych zmian w pierwszym rzędzie wymienić należy gruntowne i dokładne opracowanie symptomatologii w części ogólnej Jestto rozdział, zawierający przyczynek autora do wydanego przez Schwartzego dzieła zbiorowego »Handbuch der Ohrenheilkunde«, wzbogacony doświadczeniami i zdobyczami naukowemi lat ostatnich W dodatku: »Reflexerscheinungen« i »Psycho-accustische Erscheinungen« przedstawia autor część ogólnej fizyologii zmysłu słuchowego. Bystremu darowi spostrzegawczemu niestrudzonego autora zawdzięczamy poznanie całego szeregu bardzo zajmujących zjawisk fizyologicznych i patologicznych na tem polu. Niepoślednią ozdobą tego dzieła jest ta część ogólnej terapii, która obejmuje ćwiczenie słuchowe i w której autor złożył cenne swoje wieloletne badania. Jestto pole, na którem Urbanschitsch położył wiekopomne zasługi i zdobył świetne tryumfy.

Niemniej zauważyliśmy w części szczegółowej, zachowujące podział poprzednich wydań, częste i cenne zmiany, stawiające dzieło to na wyżynie najnowszego stanu otyatryi. Niektóre rozdziały doznały całkowitego przeobrażenia. Z zamiłowaniem i starannością opracował U. powikłania śródczaszkowe ropni usznych, metodę i technikę operacyjną w zajęciu wyrostka sutkowego, oraz leczenie pooperacyjne. Nadzwyczaj rozległe uwzględnienie piśmiennictwa świadczy o ogromne pracowitości i zdumiewającej znajomości autora światowej literatury Wreszcie piękny styl naukowy, oraz samoistność i oryginalność poglądów cechują to niezwykłe i pożyteczne dzieło. *Spira.*

— *Nowiny lekarskie* Nr. 8 i 9. Jerzykowski: O szczelinach odbytu u dzieci. Szumau: Przyczynek do chirurgicznego leczenia kamieni żółciowych.

— *Kronika lekarska* Zesz. 16. Flatau i Koelichen: O zapaleniu rdzenia. Neugebauer: Kilka słów o powtarzaniu się obojnactwa wrzekomego w jednej i tej samej rodzinie (c. d).

— *Zdrowie* Zesz. 9. Rzętkowski: Plwocina suchotników, jako źródło zakażeń gruźliczych i sposoby jej unieszkodliwiania. Żorawski: Nabiał, jako przyczyna gruźlicy u człowieka i środki zaradcze. Kosmaciński: Opis łaźni ludowej w Drobinie. Chełchowski. Nasze kąpiele prowincyonalne publiczne, kolejowe i fabryczne.

— *Krytyka lekarska* Nr. 9. Mutermilch: O ile gruźlica jest zaraźliwą?

— *Medycyna* Nr. 36. Borzymowski: O sterylizacyi materyałów opatrunkowych. Lejzerowicz: Kilka uwag w sprawie tężca i jego uleczalności (dok.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 36. Herman: Kilka uwag w sprawie leczenia gruźlicy jąder. Stróżewski: Przypadek przymiotu rdzenia z objawami Brown-Sequarda.

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 9. Szayerowicz: O leczniczej i dyagnostycznej wartości nakłócia lędźwiowego. Górski: Przyczynek do statystyki szkolnej. Prechner: Dwa przypadki zatrucia atropiną.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 36. Heveroch. Transitorni postparoxysmálni paraplegie u epileptikû. Wiesner: Diaetotherapeutický význam vody (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 69. Guibé: Przeszczepianie się bąblowca po otrzewnej. Brocchi: W sprawie patogenezy zapalenia śluzowo-ropiastego jelit. Martinet: Kiedy i dlaczego należy zapisać arsen.— Nr. 70. Levaditi: Odporność według teoryi »sznurów bocznych« bakteryolitycznych i cytotoksycznych. Martinet: Jak należy podawać kakodylan sodowy.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 36. Büdinger: Przyczynek do patologii i terapii piasku żołądkowego. Cominotti: Przypadek tętniaka aorty wstępującej z przebiciem się do żyły głównej górnej. Pick: Nerwice czuciowe żołądka (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 36. Passow: O chirurgicznem leczeniu zwężeń przewodu łzowo-nosowego. Busse: O zatruciu kwasami w przebiegu cukrzycy. Paul i Sarwey: Badania doświadczalne nad odkażaniem rąk. Wyss: O przerwaniu nerwu pośrodkowego. Wyleczenie. Luxenburger: Dwa przypadki postępowego połowicznego zaniku twarzy i kosmetyczne ich leczenie. Dehler: Przyczynek do leczenia tężca urazowego. Meusel: Niespodzianki przy operacyach przepuklin. Heinleth: O guzach złośliwych migdałków. (dokończ.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 36. Hebold: Rola samozakażenia w padaczce. Bickel: Badania stosunku zachodzącego między punktem marznięcia krwi a zaburzeniami nerwowemi. Herxheimer: O barwikach tłuszczowych. Polak: Odkażanie tnących narzędzi chirurgicznych wyskokiem mydlanym. Immelmann: Sprawozdanie zbiorowe z ostatnich prac o zastosowaniu promieni Röntgena.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 36. Jaeger: O amebach w czerwonce nagminnej. Mohr: W sprawie powstawania cukru z tłuszczu w ciężkich przypadkach cukrzycy. Selberg: Urazowa zgorzel trzustki. Dreesmann: O zatruciu bizmutem. Gluck: Przyczynek do chirurgii otrzewnej (dokończ.). Cramer: O unosidle bujającem (*Eine balancirende Schwebe*).

Redakcya otrzymała: Zawadzki: Organizacya Pogotowia ratunkowego w małych miastach. Kędzior: 1) Ueber den Einfluss des Sonnenlichtes auf Bacterien. 2) To samo po polsku. 3) Ueber eine thermophile Cladothrix. 4) Przypadek histeryi, odznaczającej się lewostronnem nadmiernem poceniem się i dobrowolnem przeniesieniem się przeczulicy lewostronnej na stronę prawą.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.